

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

### DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nom du groupe

Nom(s) de famille du participant

Prénom(s) du participant

Adresse de courriel du participant

### CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S) - Veuillez remplacer ma désignation de bénéficiaire(s) antérieure par la suivante :

**RÉVOCACTION DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE\*** : Si votre désignation de bénéficiaire actuelle est irrévocable, le bénéficiaire désigné doit accepter de renoncer à ses droits en remplissant le formulaire « **Consentement au changement de bénéficiaire irrévocable\*** » afin que vous puissiez changer votre désignation de bénéficiaire.

\* Signifie que la désignation de bénéficiaire **ne peut être révoquée** (changée) **sans** son consentement écrit.

Date effective  
du changement  
(j/m/aaaa)

Je révoque par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire(s).

### PREMIER BÉNÉFICIAIRES La présente section doit être remplie afin de désigner un bénéficiaire à l'égard de l'assurance vie du participant.

**NOTE:** Pas de rature, liquide correcteur ou toute autre correction dans cette section.

Nom(s) de famille	Prénom(s)	Parts %	Lien(s) avec le participant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### BÉNÉFICIAIRES EN SOUS-ORDRE Les bénéficiaires en sous-ordre ne touchent pas une prestation de décès que si aucun des premiers bénéficiaires n'y a droit.

Nom(s) de famille	Prénom(s)	Parts %	Lien(s) avec le participant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Là où la Loi du Québec s'applique :

La désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) à titre de bénéficiaire est **irrévocable**, à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous :

Je demande que ma désignation soit révoicable.

Tout montant à être versé à un bénéficiaire mineur sera payé pour son compte au(x) parent(s), tuteur(s), ou curateur(s) jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité dans sa province de résidence.

### DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE de bénéficiaire mineur (Ne s'applique pas au Québec).

Toute somme payable pendant la minorité du ou des bénéficiaires mineurs sera versée à :

Nom(s) de famille / Prénom(s)	Lien(s) avec le participant
<input type="text"/>	<input type="text"/>

fiduciaire ou, à défaut de fiduciaire, au tuteur dûment désigné du ou des mineurs en cause, à titre de fiduciaire. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère l'assureur de toute obligation.

### DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'autorise la compagnie d'assurance, ses agents et ses fournisseurs de service à utiliser et échanger les informations contenues sur ce formulaire afin de tarifier, administrer et payer des réclamations.

SIGNATURE DU PARTICIPANT

Date (j/m/aaaa)

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------