



## UNIVERSITÉ MCGILL RÉGIME D'ASSURANCE-VIE COLLECTIVE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

POLICE 98500

RESEIGNEMENTS DU PARTICIPANT (En majuscules)				
Nom de famille	Prénom(s)	Numéro d'employé		
Numéro de téléphone	Courriel:			
DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE(en majuscules)				
<p><i>Vous pouvez nommer une ou plusieurs personnes comme bénéficiaires de votre assurance vie de base et de votre assurance vie facultative. Vous devez indiquer si la désignation est « révocable » ou « irrévocable ».</i></p> <p><i>Veillez noter qu'au Québec, si vous nommez votre conjoint comme bénéficiaire, vous ne pourrez, par la suite, modifier votre désignation qu'avec son consentement, à moins d'avoir expressément indiqué sur le formulaire de désignation que votre choix est « révocable ».</i></p> <p><i>La désignation de bénéficiaire « irrévocable » ne peut être modifiée que suite au décès du bénéficiaire (une copie de la déclaration de décès est requise), un divorce (une copie du jugement de divorce est requise) ou son consentement écrit (voir ci-dessous). Joindre les pièces justificatives avec ce formulaire.</i></p> <p><i>Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, veuillez indiquer la part (%) de la prestation d'assurance-vie payable à chacun (ne pas indiquer de montant en argent). Le total des pourcentages alloués doit être égal à 100%. Inscrive les bénéficiaires supplémentaires sur une feuille séparée et la joindre à ce formulaire.</i></p> <p><i>Si vous désignez un bénéficiaire, veuillez mentionner leur nom au complet. Veuillez préciser le lien que vous avez avec cette personne pour qu'il n'y ait pas aucune difficulté à identifier la bonne personne advenant votre décès.</i></p>				
Par la présente, je révoque toutes les désignations de bénéficiaire précédentes et nomme la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaire de ma prestation d'assurance-vie.				
Nom, Prénom	Date de naissance (AMJ)	Lien	%	Désignation
		Marié ou union civile Conjoint de fait Autre		Révocable Irrévocable
		Marié ou union civile Conjoint de fait Autre		Révocable Irrévocable
CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (Note : Le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable est nécessaire pour changer la désignation. Remarque: le bénéficiaire irrévocable doit avoir atteint l'âge de la majorité pour donner son consentement; le participant au régime ou le bénéficiaire nouvellement désigné ne peut pas servir de témoin.)				
Je, soussigné(e), bénéficiaire désigné de façon irrévocable en vertu du contrat collectif susmentionné, cède à l'assuré tous mes droits et titres y afférents. Je déclare être majeur.				
Nom du bénéficiaire irrévocable _____		Signature _____		
(en majuscules)				
Nom du témoin _____		Signature _____		
(en majuscules)				
Signé le _____, 20____				
(date)				
AUTORISATION DU PARTICIPANT (Veuillez soumettre le formulaire original dûment rempli au Centre de service des Ressources humaines)				
J'atteste que l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète, et que je joins toutes les pièces justificatives nécessaires. Il est entendu que l'Université McGill et leurs responsables et employés ne peuvent être tenus responsables de la validité de la désignation de mon bénéficiaire.				
Signature du participant _____		Date _____		
		Année      Mois      Jour		
Ressources humaines – Août 2020				