

## CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

Votre régime d'assurance collective

Si vous avez nommé un bénéficiaire irrévocable, vous devez obtenir son consentement écrit pour modifier la désignation. Le cas échéant, veuillez faire signer le bénéficiaire irrévocable ci-dessous. Veuillez noter que le bénéficiaire doit être majeur et apte pour donner son consentement.

Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur à titre irrévocable, vous ne pourrez pas modifier la désignation avant sa majorité, à moins d'obtenir l'autorisation d'un tribunal. Le père, la mère ou le tuteur du mineur ne peut pas donner son consentement au nom du mineur.

### 1. Renseignements de base

N° de police \_\_\_\_\_ N° de certificat \_\_\_\_\_

Nom du participant \_\_\_\_\_

### 2. Révocation de désignation : Consentement du bénéficiaire irrévocable

Je, soussigné(e), bénéficiaire irrévocable précédemment désigné, reconnais que j'ai signé le présent formulaire de plein gré et que je comprends les conséquences de ma signature.

Nom du bénéficiaire irrévocable \_\_\_\_\_

Lien \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_  
(AAAA-MM-JJ)

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

### 3. Déclaration et autorisation du participant

- **J'ATTESTE** que l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète et **JE CONFIRME** que je souhaite révoquer la désignation du bénéficiaire identifié ci-dessus.
- **JE RECONNAIS** qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

### 4. Comment nous envoyer le formulaire dûment rempli

#### Par la messagerie sécurisée

À partir de votre compte Espace client, cliquez sur l'enveloppe.

#### Par la poste

**Bureau de Montréal**  
Administration  
C. P. 790, succursale B  
Montréal (Québec) H3B 3K6

**Bureau de Toronto**  
Administration  
522, avenue University, bureau 400  
Toronto (Ontario) M5G 1Y7