

Demande de modification Assurance collective

La section 1 doit être remplie par l'administrateur de régime. Les autres sections et le formulaire de désignation de bénéficiaire doivent être remplis par le participant. Veuillez écrire lisiblement à l'encre foncée et en MAJUSCULES.

1. Déclaration du promoteur de régime

Promoteur de régime : _____ Numéro de contrat : _____

Nom et prénom du participant : _____

Numéro de certificat du participant : _____

Je certifie que le **participant** indiqué ci-dessous est **effectivement au travail** à son lieu de travail habituel au Canada. « **Effectivement au travail** » s'entend du fait que le **participant** travaille selon un horaire normal prévoyant le nombre d'heures minimal précisé au contrat, et ce, sur une période de 52 semaines, y compris les semaines de vacances rémunérées.

Signature de l'administrateur de régime : _____ Date (jj/mmmm/aaaa) : _____

Personne inscrite en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada à des fins d'exonération fiscale? ☐ Oui ☐ Non

Une preuve d'assurabilité est-elle exigée? ☐ Oui ☐ Non (Afin de déterminer si une preuve d'assurabilité est exigée, veuillez vous reporter à votre contrat.)

Si une preuve d'assurabilité est exigée, le participant doit remplir le formulaire GL0004F - Preuve d'assurabilité et l'envoyer à Manuvie. **Cette dernière ne communiquera pas avec l'administrateur du régime pour vérifier si le formulaire a été posté.**

2. Changement de nom du participant

Nom de famille : _____ Prénom : _____

3. Adresse du participant

Adresse (numéro, rue, appartement) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

4. Ajout ou suppression de garanties

Au titre de votre régime, un conjoint ou un conjoint de fait est considéré comme une personne à charge admissible. Veuillez vous reporter à votre contrat pour des précisions.

Ajout de la garantie Maladie :

Je souhaite **ajouter** la garantie Maladie pour

- ☐ Moi-même **seulement**
☐ Moi-même **ET 1** personne à charge
☐ Moi-même **ET 2** personnes à charge ou plus
☐ Les personnes à ma charge **seulement** (je suis déjà couvert)

Assurance vie des personnes à charge :

☐ Je souhaite souscrire l'assurance vie des personnes à charge.

Raison de l'ajout (Cochez une seule case)

☐ **Mariage** Date du mariage (jj/mmmm/aaaa) : _____

☐ **Union de fait*** Date du début de la cohabitation (jj/mmmm/aaaa) : _____

☐ **Cessation de la couverture du conjoint** Date de cessation (jj/mmmm/aaaa) : _____

☐ **Autre** Date d'effet (jj/mmmm/aaaa) : _____

Veuillez fournir des précisions si vous avez coché « Autre ». Au besoin, joignez une feuille supplémentaire.

Ajout de la garantie Soins dentaires :

Je souhaite **ajouter** la garantie Soins dentaires pour

- ☐ Moi-même **seulement**
☐ Moi-même **ET 1** personne à charge
☐ Moi-même **ET 2** personnes à charge ou plus
☐ Les personnes à ma charge **seulement** (je suis déjà couvert)

* Veuillez indiquer la date du début de la cohabitation en union de fait dans le champ « Date du début de la cohabitation ».

5. Résidents du Québec

(65 ans ou plus) Participez-vous au régime d'assurance médicaments de la RAMQ? ☐ Oui ☐ Non

6. Renonciation aux garanties

Vous pouvez renoncer à la garantie Maladie ou à la garantie Soins dentaires pour vous-même ou les personnes à votre charge seulement si vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint.

Renonciation à la garantie Maladie :

Je **renonce** à la garantie Maladie pour

- ☐ Moi-même **seulement**
☐ Moi-même et les personnes à ma charge
☐ Les personnes à ma charge **seulement**

Date de renonciation (jj/mmmm/aaaa) : _____

Renonciation à la garantie Soins dentaires :

Je **renonce** à la garantie Soins dentaires pour

- ☐ Moi-même **seulement**
☐ Moi-même et les personnes à ma charge
☐ Les personnes à ma charge **seulement**

Date de renonciation (jj/mmmm/aaaa) : _____

Certains régimes permettent de renoncer à certaines garanties si le participant est couvert par le régime de son conjoint. Vous pourrez ajouter la couverture à une date ultérieure; toutefois, une preuve d'assurabilité pourrait être demandée au moment de l'adhésion.

7. Cessation de la couverture des personnes à charge

☐ Je souhaite mettre fin à la couverture d'une ou de plusieurs personnes à ma charge (voir la section 9).

☐ Je souhaite mettre fin à **toute** la couverture pour **toutes** les personnes à ma charge.

☐ Veuillez faire passer ma couverture à une couverture individuelle.

Date d'effet de la cessation (jj/mmmm/aaaa) :

Raison de la cessation :

8. Coordination des prestations

Remplissez la présente section si vous souhaitez que les personnes à votre charge soient couvertes par votre régime.

Est-ce que vous ou les personnes à votre charge (conjoint ou enfants) êtes couverts par un autre régime? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, fournissez les renseignements suivants :

Nom de l'autre assureur :

Nom de famille de l'assuré :

Prénom :

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) :

Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa) :

Numéro de certificat :

Numéro de contrat :

Indiquez le type de couverture au titre de l'autre régime :

S'il manque certains des renseignements demandés dans la présente section, le régime de Manuvie sera considéré par défaut comme le deuxième payeur.

Soins médicaux complémentaires :

☐ Individuelle

☐ De couple

☐ Familiale

☐ Aucune

Soins dentaires :

☐ Individuelle

☐ De couple

☐ Familiale

☐ Aucune

9. Renseignements sur les personnes à charge

Conjoint

Si vous manquez d'espace pour énumérer toutes les personnes à votre charge, veuillez continuer sur une feuille distincte.

Remplissez la présente section si le régime comporte les garanties Soins médicaux ou Soins dentaires et si vous n'avez pas renoncé aux garanties pour les personnes à votre charge à la section 6 – Renonciation aux garanties.

Nom de famille :

Prénom :

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) :

Sexe* : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non-binaire

Dans le cas d'un conjoint de fait, indiquez la date de début de la cohabitation (jj/mmmm/aaaa) :

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe*			Étudiant ayant dépassé l'âge limite	Personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite**
			Homme	Femme	Non-binaire		
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

** Si vous souhaitez présenter une demande de couverture à l'égard d'une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite, remplissez le formulaire GL0514F.

10. Renseignements bancaires et adresse de courriel

À remplir **uniquement** pour donner de nouveaux renseignements ou pour les mettre à jour.

En fournissant vos renseignements bancaires, vos prestations seront déposées directement dans votre compte bancaire. Trouvez vos renseignements bancaires sur un de vos chèques personnels ou relevés bancaires, ou communiquez avec votre succursale.

Si vous nous fournissez votre adresse de courriel, nous vous enverrons une invitation à vous inscrire au site sécurisé à l'intention des participants, où vous pourrez consulter vos relevés de règlement électroniques.

Adresse électronique (en caractères d'imprimerie) :

Memo

108

122540

0001100111

N° de domiciliation :

N° de l'institution :

N° du compte :

La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers

Page 2 de 7

GL4631F (07/2025) GP/MC

11. Autorisation et consentement

Vous adhérez à la couverture au titre du présent régime d'assurance collective. « Adhérer à la couverture » peut comprendre ce qui suit :

- l'ajout d'une nouvelle couverture pour vous et un ou des membres de votre famille.
- la suppression de cette couverture pour vous et un ou des membres de votre famille.
- la modification de cette couverture pour vous et un ou des membres de votre famille.
- la fourniture de nouveaux renseignements ou de renseignements plus récents sur vous et sur un ou des membres de votre famille.

Les modalités indiquées ici constituent un aperçu de la couverture à laquelle vous adhérez. Nous nous appuyons sur les documents relatifs au régime pour traiter les demandes de règlement, déterminer l'admissibilité à la couverture et administrer le régime en général. En cas de divergence entre les présentes modalités et les documents relatifs au régime, ces derniers auront préséance.

Vos renseignements

Vous certifiez que les renseignements que vous avez fournis sont exacts et complets.

Si vous fournissez des renseignements faux, incomplets ou trompeurs dans le cadre de ce processus d'adhésion ou pour toute autre chose concernant cette couverture dans le futur, vous comprenez que nous pourrions :

- annuler cette couverture
- ne pas payer une demande de règlement au titre de la présente couverture
- informer votre employeur de cette situation

Si votre numéro d'assurance sociale (NAS) correspond aussi à votre numéro de certificat, vous nous autorisez à le recueillir, à l'utiliser et à le divulguer lorsque cela est nécessaire pour administrer votre régime ou pour vous identifier.

Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs

Manuvie attache une grande importance à la protection de vos renseignements personnels et au respect de votre vie privée.

Pourquoi recueillons-nous, utilisons-nous et divulguons-nous vos renseignements personnels?

Dans le but d'établir et de gérer notre relation avec vous, de vous fournir des produits et des services, d'administrer nos activités et de respecter les exigences légales et réglementaires.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- des renseignements permettant d'établir votre identité, comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- des renseignements financiers, des rapports d'enquête, des rapports d'évaluation du crédit ou des rapports de solvabilité;
- des renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, ainsi que des renseignements sur vos préférences, caractéristiques démographiques et champs d'intérêt;
- des renseignements sur les services bancaires et l'emploi;
- des renseignements médicaux et sur l'état de santé que vous ou toute organisation ou personne possédez à votre propre sujet;
- toute analyse qui peut être nécessaire à des fins de tarification;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer vos produits et services et gérer notre relation avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?

Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels selon les méthodes suivantes :

- les demandes et formulaires que vous avez remplis;
- d'autres interactions entre vous et nous;
- d'autres sources, notamment :
 - votre conseiller ou vos représentants autorisés;
 - des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de vos produits ou services maintenant et dans l'avenir;
 - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, les agences d'évaluation du crédit et les sites Internet;
 - des institutions financières;
 - votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
 - les professionnels de la santé, y compris les médecins praticiens, les établissements de soins de santé, les pharmacies et tout autre établissement médical.

À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Selon le produit ou le service, nous utiliserons vos renseignements personnels pour :

- administrer les produits et services que nous vous fournissons et gérer notre relation avec vous;
- confirmer votre identité et vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous fournissez;
- évaluer votre demande;
- respecter les exigences légales et réglementaires;
- en apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- analyser des données pour prendre des décisions et mieux comprendre nos clients afin d'améliorer les produits et les services que nous fournissons;
- mener des audits et des enquêtes, et vous protéger contre la fraude;
- déterminer votre admissibilité à d'autres produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser, et vous fournir des précisions sur ces produits et services;
- automatiser le traitement pour nous aider à prendre des décisions concernant vos interactions avec nous, comme les demandes, les approbations ou les refus.

11. Autorisation et consentement (suite)

À qui communiquons-nous vos renseignements personnels?

Selon le produit ou le service, nous communiquons vos renseignements personnels :

- aux personnes, institutions financières, réassureurs et autres parties avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre produit ou service maintenant et dans l'avenir;
- aux employés, agents et représentants autorisés;
- à votre conseiller et à ses employés, et à toute agence qui a signé une entente avec nous et qui a le droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- à votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
- à toute personne ou à toute organisation à qui vous avez donné votre consentement;
- aux personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels;
- aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces renseignements pour nous fournir leurs services (par exemple des services de traitement des données, de programmation, de stockage des données, d'étude de marché, d'impression, de distribution, de soins paramédicaux et d'enquête);
- à votre médecin;
- aux autorités de santé publique, au besoin.

Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger. Par conséquent, vos renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers afin de vous fournir des services et sont ainsi assujettis aux lois de ces territoires.

Lorsque nous transmettons des renseignements personnels à nos fournisseurs de services, nous exigeons qu'ils les protègent de façon conforme à nos politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels.

Retrait de votre consentement :

Vous pouvez retirer votre consentement à notre utilisation de vos renseignements personnels à certaines fins, sous réserve de restrictions légales et contractuelles.

Vous ne pouvez pas retirer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions ou divulguions les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour émettre ou administrer vos produits et services. Si vous le faites, il se peut que nous ne puissions pas vous fournir les produits ou services demandés ou que nous traitions le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation ou un refus du produit ou du service.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 800 268-6195 ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.

Exactitude

Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. Si vos renseignements personnels ont changé ou si vous devez corriger des inexactitudes dans vos renseignements personnels dans nos dossiers, **vous pouvez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 800 268-6195 ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.**

Accès

Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, d'en vérifier l'exactitude et au besoin d'y faire apporter les corrections appropriées. Vous pouvez envoyer vos demandes à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O. Box 1602, Del Station 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6 ou à Canada_Privacy@manulife.ca.

Je suis autorisé par les personnes à ma charge à consentir à la présente autorisation en leur nom tout comme si elles la signaient elles-mêmes, et à divulguer et recevoir leurs renseignements personnels aux fins indiqués dans le présent relevé de renseignements personnels.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la manière dont nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels, nous vous invitons à consulter notre politique de confidentialité.

En signant le présent formulaire, vous confirmez ce qui suit :

- Vous avez pris connaissance de notre politique de confidentialité;
- Vous acceptez les dispositions de la Déclaration relative aux renseignements personnels ci-dessus.

Votre adresse de courriel

Lorsque vous fournissez votre adresse de courriel, cela nous autorise à vous envoyer des messages à cette adresse.

Vous convenez que cette méthode de communication est pratique, mais pas entièrement sécuritaire. Il peut arriver que des courriels soient perdus, mal utilisés, ouverts ou modifiés avant d'être livrés. Le cryptage des courriels est un moyen de les sécuriser. Si vous nous envoyez un courriel, vous nous autorisez de ce fait à y répondre en recourant aussi à ce moyen.

Si votre adresse de courriel change, il vous revient de nous en aviser.

Je comprends que si je ne souhaite pas recevoir de courriels de la part de Manuvie, je peux retirer mon adresse de courriel en ligne ou communiquer avec le Centre de service à la clientèle pour l'informer de ce choix.

Votre argent et vos demandes de règlement

Vous autorisez le promoteur de votre régime à prélever sur votre salaire l'argent que vous devez verser pour votre couverture.

Vous nous autorisez à déposer le paiement de demandes de règlement dans le compte bancaire dont vous nous avez fourni les coordonnées. Nous nous servons de cette autorisation jusqu'à ce que vous la retiriez par écrit ou que votre représentant autorisé la retire.

11. Autorisation et consentement (suite)	Vous comprenez et acceptez qu'une fois que nous avons effectué un paiement dans ce compte bancaire, nous n'en sommes plus responsables. Nous pouvons cesser de déposer de l'argent dans votre compte sans préavis. Il se peut que nous ayons besoin de votre autorisation écrite pour continuer à faire ces paiements. Si nous versons de l'argent dans votre compte et que cet argent ne vous revient pas en vertu d'un contrat ou de la loi, cet argent ne doit pas être considéré comme vous appartenant. Vous devrez alors nous le rembourser sur-le-champ, faute de quoi votre représentant autorisé s'en chargera lui-même.
Veillez signer ici	Signature du participant : _____ Date (jj/mmmm/aaaa) : _____
12. Directives d'envoi	Veillez faire parvenir le formulaire à l'administrateur de votre régime, qui transmettra les données vous concernant à Manuvie en votre nom.

Désignation de bénéficiaire Assurance collective

Toutes les sections ci-dessous doivent être remplies, car la présente désignation remplacera toute désignation antérieure.

1. Renseignements sur le participant	Promoteur de régime : Nom et prénom du participant :	Numéro de contrat : Province du domicile :	Numéro de certificat du participant : Date de naissance (jj/mmmm/aaaa):
2. Bénéficiaire principal Veuillez indiquer tous les bénéficiaires principaux de l'assurance vie de base ou de l'assurance décès accidentel de base. Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides. Irrévocabilité	Nom et prénom du bénéficiaire : Nom et prénom du bénéficiaire : Nom et prénom du bénéficiaire : Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Réservé aux résidents du Québec Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable.	Lien avec le participant : Lien avec le participant : Lien avec le participant : Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : ☐ Révocable ☐ Irrévocable
3. Assurance facultative (s'il y a lieu) Numéro de contrat : Veuillez indiquer tous les bénéficiaires de l'assurance vie facultative ou de l'assurance décès accidentel facultative. Irrévocabilité	Nom et prénom du bénéficiaire : Nom et prénom du bénéficiaire : Nom et prénom du bénéficiaire : Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Réservé aux résidents du Québec Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable.	Lien avec le participant : Lien avec le participant : Lien avec le participant : Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : ☐ Révocable ☐ Irrévocable
4. Bénéficiaire subsidiaire	Vous pouvez désigner un (des) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) à l'égard de toute somme assurée aux termes du contrat d'assurance collective au cas où aucun des bénéficiaires principaux désignés ci-dessus ne vous survivrait. Dans ce cas, le(s) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) a (ont) automatiquement droit aux sommes assurées qui auraient été versées au(x) bénéficiaire(s) principal (principaux). Si vous désignez plus d'un bénéficiaire subsidiaire, les sommes assurées seront partagées en parts égales entre ces bénéficiaires. Si aucun bénéficiaire ne vous survit au moment de votre décès, les sommes assurées seront versées à votre succession. Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire : Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Lien avec le participant : Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire : Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Lien avec le participant :		
5. Désignation de fiduciaire À remplir si tout bénéficiaire désigné n'est pas majeur.	Je nomme _____ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire qui n'est pas majeur (ne s'applique pas au Québec).		
6. Autorisation et consentement Compte tenu de la portée juridique de toute désignation de bénéficiaire, la présente désignation doit être signée et datée pour être valide. Une copie, une télécopie ou une copie numérisée de la présente désignation de bénéficiaire est aussi valide que l'original.	Veuillez lire les renseignements qui suivent avant de passer en revue la désignation de vos bénéficiaires. En signant ci-dessous, vous acceptez de supprimer tous les bénéficiaires révocables actuels et de les remplacer par ceux que vous avez nommés ci-dessus. Vos renseignements personnels Nous recueillons, utilisons et divulguons les renseignements personnels fournis dans le but de traiter votre demande. Nous divulguons vos renseignements personnels aux employés, mandataires, représentants, institutions financières, et autres parties avec lesquelles nous traitons dans le cadre de l'émission et de la gestion de vos produits et services, maintenant et à l'avenir. Nous divulguons également vos renseignements personnels lorsque des prestataires de services en ont besoin pour fournir leurs services (par exemple, traitement de données, programmation, stockage de données et agences d'enquête). Sauf restrictions contractuelles, vos renseignements personnels peuvent être consultés ou transmis à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada et peuvent être soumis aux lois en vigueur dans ces territoires. Signature du participant : Date (jj/mmmm/aaaa) :		

Manuvie n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou à la portée des renseignements que vous fournissez. Les mots « vous » et « votre » renvoient au participant. Le terme « promoteur de régime » désigne l'entité qui offre le régime d'assurance collective, par exemple un employeur.

Pourquoi désigner un bénéficiaire?

Si vous voulez qu'une partie ou la totalité de votre prestation de décès soit versée à des personnes précises, vous devez prendre des dispositions en ce sens et désigner ces personnes, c'est-à-dire les bénéficiaires. Si votre désignation de bénéficiaire est à jour, la prestation de décès sera versée selon vos volontés, car vous aurez désigné des bénéficiaires principaux et subsidiaires, et vous aurez indiqué le pourcentage de la prestation de décès devant être versé à chacun d'eux.

Bénéficiaire : personne ou entité à qui sera versée la prestation de décès au titre de la couverture de base ou de la couverture facultative que vous avez choisie dans le cadre de votre régime d'assurance collective. Les bénéficiaires désignés au titre de la couverture de base peuvent être différents des bénéficiaires désignés au titre de la couverture facultative.

Types de bénéficiaire – bénéficiaire principal et bénéficiaire subsidiaire

Bénéficiaire principal : personne ou entité que vous désignez pour recevoir la prestation de décès. Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, vous devez indiquer le pourcentage de la prestation de décès devant être versé à chaque personne. Lorsque plusieurs bénéficiaires principaux sont désignés, les pourcentages alloués à chacun d'eux doivent totaliser 100 %.

Bénéficiaire subsidiaire : personne ou entité que vous désignez pour recevoir la prestation de décès si tous les bénéficiaires principaux décèdent avant vous. Si vous désignez plus d'un bénéficiaire subsidiaire, la prestation de décès est divisée en parts égales entre les bénéficiaires subsidiaires.

Qu'advient-il de la prestation de décès lorsque...

... le bénéficiaire principal décède avant vous et que vous n'avez désigné aucun bénéficiaire subsidiaire?	La prestation de décès est versée à vos ayants droit.
... le bénéficiaire principal décède avant vous, mais que vous avez désigné un ou des bénéficiaires subsidiaires?	La prestation de décès est versée au(x) bénéficiaire(s) subsidiaire(s).
... vous avez désigné deux bénéficiaires principaux, mais qu'un des bénéficiaires décède avant vous sans que vous ayez modifié votre désignation de bénéficiaire?	La part de la prestation de décès qui aurait été versée au bénéficiaire décédé est versée au bénéficiaire principal survivant, qui reçoit ainsi la totalité de la prestation de décès.

Bénéficiaire irrévocable ou révocable

Bénéficiaire irrévocable : bénéficiaire dont la désignation ne peut pas être modifiée sans son autorisation écrite.

Par exemple, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire et que vous vous séparez, vous ne pouvez pas modifier la désignation de bénéficiaire sans présenter un formulaire de renonciation dûment rempli par votre ex-conjoint.

Au Québec, si vous nommez votre conjoint comme bénéficiaire (il doit s'agir d'une union civile), ce bénéficiaire est automatiquement irrévocable, sauf si vous stipulez le contraire ou si vous divorcez.

Bénéficiaire révocable : bénéficiaire dont la désignation peut être modifiée en tout temps sans son autorisation.

Par exemple, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire et que vous vous séparez, vous pouvez modifier la désignation de bénéficiaire sans obtenir l'autorisation de votre ex-conjoint.

Désignation d'un mineur comme bénéficiaire

Si une prestation de décès doit être versée à un mineur qui a été désigné comme bénéficiaire principal ou subsidiaire, la prestation de décès peut uniquement être versée, au nom du mineur, à un fiduciaire ou à un tuteur aux biens, à défaut de quoi elle est déposée auprès du tribunal, qui la garde jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence. Il est donc important de désigner également un fiduciaire pour tout bénéficiaire qui est un mineur au moment de sa désignation comme bénéficiaire.

Au Québec, les parents sont considérés comme les tuteurs de leur enfant.

Si vous avez désigné un mineur comme bénéficiaire irrévocable, le contrat est automatiquement bloqué jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence. Un parent, un tuteur ou un fiduciaire ne peut pas autoriser un changement de bénéficiaire au nom d'un mineur.

Mineur : personne désignée comme bénéficiaire et n'ayant pas l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence.

Fiduciaire : personne que vous désignez pour recevoir en fiducie la prestation de décès destinée au mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence.

Tuteur : personne qui agit à titre de fiduciaire.