

Formulaire de changement de bénéficiaire

Numéro de police :

Objet de cette formulaire

Utilisez ce formulaire si vous voulez changer le bénéficiaire de votre police.

Terms used in this form

Financière Foresters™, l'assureur et nous désignent L'Ordre Indépendant des Forestiers ou Foresters, compagnie d'assurance vie. Vous ou votre désignent le ou les propriétaires qui remplissent et qui signent le présent formulaire, sauf indication contraire. Par le terme police, nous entendons un certificat ou une police délivré par un assureur, y compris les avenants qui y sont annexés. Propriétaire comprend le propriétaire de la police, le créancier de la cession absolue et le rentier.

1. Renseignements sur le propriétaire de la police

Renseignements sur le propriétaire de la police.

Si la personne assurée était mineure au moment de l'établissement de la police et qu'elle en est maintenant le propriétaire, nous exigerons que la présente demande soit accompagnée d'une copie d'une pièce d'identité délivrée par un gouvernement (permis de conduire, passeport ou signature certifiée), sauf si une telle pièce a été fournie précédemment. Cela fera en sorte qu'il n'y ait aucun retard dans le traitement.

Nom du 1^{er} propriétaire (prénom, initiales et nom de famille)

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse

N° de tél. principal

Nom du 2^e propriétaire (prénom, initiales et nom de famille)

Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Adresse

N° de tél. principal

2. Désignation des bénéficiaires

Désignations révoquant/irrévoquant

Tous les bénéficiaires sont révoquant, sauf indication contraire. Dès qu'un bénéficiaire irrévoquant a été désigné, il ou elle doit fournir son consentement écrit aux modifications qui ont une incidence sur la valeur de la police.

Les premiers bénéficiaires reçoivent les prestations payables au décès de la personne assurée. Les bénéficiaires subsidiaires ne recevront ces prestations que si tous les premiers bénéficiaires décèdent avant la personne assurée.

Veillez vous assurer que le total des désignations de tous les premiers bénéficiaires équivaut bien à 100 %.

Veillez vous assurer que le total des désignations de tous les bénéficiaires subsidiaires équivaut bien à 100 %.

Premier(s) bénéficiaire(s)

Nom (prénom, initiales et nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone	Lien *	% part	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant

* Lien entre le bénéficiaire et la personne assurée ou, au Québec, le propriétaire.

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)

Nom (prénom, initiales et nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Numéro de téléphone	Lien *	% part	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="radio"/> Révoquant <input type="radio"/> Irrévoquant

* Lien entre le bénéficiaire et la personne assurée ou, au Québec, le propriétaire.

Veuillez cocher cette boîte si vous avez joint une lettre d'instructions supplémentaires se rapportant au bénéficiaire. Veuillez également inclure tous les renseignements requis ci-dessus sur le bénéficiaire

suite à la page suivante

Formulaire de changement de bénéficiaire (suite)

Numéro de police :

2. Désignation de bénéficiaire (suite)

Si le bénéficiaire est un mineur

Dans toutes les provinces sauf au Québec, un fiduciaire doit être nommé pour recevoir les fonds au nom du mineur. Au Québec, le produit payable à un mineur est versé aux parents ou au tuteur légal, le cas échéant. Si vous voulez qu'une autre personne administre le produit de l'enfant, assurez-vous d'inclure les clauses appropriées dans votre testament.

Mineur 1

Nom du bénéficiaire mineur	
Nom du fiduciaire/de l'administrateur	Lien avec le(s) propriétaire(s)

Mineur 2

Nom du bénéficiaire mineur	
Nom du fiduciaire/de l'administrateur	Lien avec le(s) propriétaire(s)

Mineur 3

Nom du bénéficiaire mineur	
Nom du fiduciaire/de l'administrateur	Lien avec le(s) propriétaire(s)

3. Ententes et autorisations

Veillez lire attentivement cette section avant d'apposer votre signature.

Vous (à titre de bénéficiaire(s)) acceptez le changement demandé dans le présent formulaire. Vous acceptez ce qui suit :

- Par la présente, vous révoquez toute désignation de bénéficiaire actuelle ou toutes instructions relatives au paiement, notamment toute désignation de premier bénéficiaire ou de bénéficiaire subsidiaire faite auparavant en ce qui concerne le produit payable au décès de la personne assurée ou du rentier en vertu de la police décrite ci-dessus, et vous désignez le(s) bénéficiaire(s) énuméré(s) plus haut.
- Tous les signataires doivent apposer leurs initiales à toute correction apportée au présent formulaire.
- Si un bénéficiaire désigné sur ce formulaire est mineur, un fiduciaire doit être nommé pour recevoir tout produit payable à l'enfant alors qu'il est mineur (ne s'applique pas au Québec).
- Le bénéficiaire actuel doit signer pour renoncer à ses droits s'il est l'une des deux personnes suivantes :
 - Bénéficiaire privilégié** : un bénéficiaire privilégié est un bénéficiaire qui a été nommé avant le 1er juillet 1962, dans toutes les provinces à l'exception du Québec, et qui est le conjoint ou la conjointe, le père ou la mère, l'enfant, le petit-fils ou la petite fille de la personne assurée.
Le bénéficiaire privilégié n'est pas tenu d'accorder son consentement écrit si vous ne faites que changer de bénéficiaire privilégié.
 - Le bénéficiaire irrévocable** : un bénéficiaire irrévocable est un bénéficiaire que vous avez désigné comme celui devant toucher les prestations d'assurance dans l'une des deux conditions suivantes :
 - Le propriétaire a précisé dans le formulaire de désignation du bénéficiaire que la désignation est irrévocable et il a respecté toute formalité applicable pour qu'elle soit irrévocable en égard à la loi provinciale;
 - Au Québec uniquement - toute désignation de bénéficiaire qui est le conjoint ou la conjointe du propriétaire et qui n'était pas expressément indiquée comme étant irrévocable.

4. Section sur les signatures

Vous devez écrire votre nom en caractères d'imprimerie et signer.

Si le propriétaire ou le bénéficiaire privilégié ou le bénéficiaire irrévocable est une entreprise, veuillez soumettre une lettre d'instructions sur l'en-tête de l'entreprise, laquelle doit être accompagnée par la présente demande d'autorisation de cette transaction.

Un mandataire ne peut pas signer au nom d'un propriétaire.

Propriétaire n° 1 – Nom en caractères d'imprimerie	Signature du propriétaire n° 1	Date (jj/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
Propriétaire n° 2 – Nom en caractères d'imprimerie	Signature du propriétaire n° 2	Date (jj/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
Je suis le bénéficiaire privilégié ou le bénéficiaire irrévocable et je consens à la présente demande de changement (le cas échéant - voir ci-dessus).		
Bénéficiaire n° 1 – Nom en caractères d'imprimerie	Signature du Bénéficiaire n° 1	Date (jj/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire n° 2 – Nom en caractères d'imprimerie (le cas échéant)	Signature du Bénéficiaire n° 2	Date (jj/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire n° 3 – Nom en caractères d'imprimerie (le cas échéant)	Signature du Bénéficiaire n° 3	Date (jj/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
Bénéficiaire n° 4 – Nom en caractères d'imprimerie (le cas échéant)	Signature du Bénéficiaire n° 4	Date (jj/mm/aaaa)
<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>