

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES POUR LES POLICES D'ASSURANCE CONTRE LA MALADIE GRAVE

- Utilisez cette formule pour désigner les bénéficiaires des prestations de votre police d'assurance contre la maladie grave si la demande d'assurance a été signée **en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, l'Ontario, ou au Québec** et si vous étiez un résident de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, l'Ontario ou du Québec lorsque la police a été émise.
- Si vous résidiez en Alberta, en Colombie-Britannique ou au Manitoba, l'Ontario dites-nous quel est le lien de chaque bénéficiaire avec l'assuré. Si vous résidez au Québec, dites-nous quel est le lien de chaque bénéficiaire avec le titulaire de la police.
- N'UTILISEZ PAS** cette formule si la proposition d'assurance a été signée dans une autre province ou un autre territoire et si vous étiez résident d'une autre province ou d'un autre territoire lorsque la police a été émise; utilisez plutôt la formule Directives de paiement pour les polices d'assurance contre les maladies graves [formulaire 630F](#).
- Si vous ne désignez pas de bénéficiaire pour chacune de vos couvertures, nous verserons ces prestations conformément aux modalités de votre police.
- Toutes les prestations d'assurance contre la maladie grave prévues par une garantie de remboursement des primes au décès seront versées au titulaire de la police ou à sa succession, à moins qu'un bénéficiaire n'ait été désigné.

Section A – Renseignements sur la police

Numéro de la police	Nom du titulaire de la police	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)
Name of Life Insured		Date de naissance (jj/mmm/aaaa)

Section B – Désignation de bénéficiaires pour les prestations d'assurance contre la maladie grave

(y compris les prestations en cas de maladie grave, les prestations en cas d'arrivée à échéance et les prestations en cas de dépistage précoce).

Au Québec, si le conjoint marié ou de fait est désigné à titre de bénéficiaire, la désignation est irrévocable, sauf si vous cochez la case Révocable.

Nom complet	Lien avec la personne assurée (au Québec, lien avec le titulaire de la police)	Part en pourcentage (doit totaliser 100 %)
		%
		%
		%
		100%

Section C – Désignation de bénéficiaires pour la garantie de remboursement des primes à la résiliation

Au Québec, si le conjoint marié ou de fait est désigné à titre de bénéficiaire, la désignation est irrévocable, sauf si vous cochez la case Révocable.

Nom complet	Lien avec la personne assurée (au Québec, lien avec le titulaire de la police)	Part en pourcentage (doit totaliser 100 %)
		%
		%
		%
		100%

Section D – Désignation de bénéficiaires pour la garantie de remboursement des primes au décès

Au Québec, si le conjoint marié ou de fait est désigné à titre de bénéficiaire, la désignation est irrévocable, sauf si vous cochez la case Révocable.

Nom complet	Lien avec la personne assurée (au Québec, lien avec le titulaire de la police)	Part en pourcentage (doit totaliser 100 %)
		%
		%
		%
		100%

Section E – Signatures

En apposant votre signature ci-dessous :

- Vous comprenez que si la police est régie par les lois de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, l'Ontario, ou du Québec, la désignation des bénéficiaires modifiera votre police afin de confirmer votre droit de désigner un ou des bénéficiaires des prestations payables en vertu de votre police d'assurance contre la maladie grave et;
- Vous révoquez toute désignation de bénéficiaire précédente pour les prestations de toutes les couvertures concernant l'assuré indiquées sur la présente demande ou sur la police. Le cas échéant, vous révoquez aussi toutes les prestations payables pour la garantie de remboursement des primes à la résiliation et pour la garantie de remboursement des primes au décès qui sont associées à ces couvertures et;
- Vous ordonnez que les prestations payables soient payées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) sur la présente formule.

Signé à (ville)		Province	Date (jj/mmm/aaaa)
Signature du titulaire de police n° 1 et titre (le cas échéant) X		Signature du titulaire de police n° 2 et titre (le cas échéant) X	
Signature du bénéficiaire irrévocable X			