

PARTIE 1 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ADHÉSION

En remplissant ce formulaire, vous demandez à la Compagnie d'assurance vie RBC de modifier les renseignements que vous avez précédemment fournis.

Toute demande de désignation de bénéficiaire ou de nomination de fiduciaire antérieure est révoquée.

Nom de l'employeur _____

N° de police de RBC _____ N° de la division de facturation _____

Nom de l'employée _____

Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____

N° d'ident. du membre du régime _____

PARTIE 2 – DÉSIGNATION BÉNÉFICIAIRE

La désignation de bénéficiaire s'applique à toutes les prestations d'assurance vie prévues au titre de la police. En cas de demande de règlement, on vous demandera de fournir l'original de ce formulaire. Si vous désignez un bénéficiaire qui est un mineur, voir la partie 4.

Pour les résidents du Québec seulement : La désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous stipulez le contraire en cochant la case « Révocable ».

Bénéficiaire	Date de naissance MM/JJ/AAAA	Sexe	Lien de parenté	%
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____	_____	_____	_____	_____

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, les sommes dues seront versées à vos ayants droit.

Résidents du Québec seulement : Je demande par la présente que la désignation ci-dessus du conjoint comme bénéficiaire soit faite à titre :

☐ **Révocable.** Je me réserve le droit de changer cette désignation de bénéficiaire à tout moment.

PARTIE 3 – DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire subsidiaire, au cas où il n'y aurait pas de bénéficiaire survivant au moment de votre décès, veuillez remplir cette partie.

Si aucun des bénéficiaires désignés ci-dessus n'est encore vivant au moment de mon décès, je déclare que les sommes dues seront versées aux bénéficiaires ci-après.

Bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance MM/JJ/AAAA	Sexe	Lien de parenté	%
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale _____	_____	_____	_____	_____

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, les sommes dues seront versées à vos ayants droit.

Résidents du Québec seulement : Je demande par la présente que la désignation ci-dessus du conjoint comme bénéficiaire soit faite à titre :

☐ **Révocable.** Je me réserve le droit de changer cette désignation de bénéficiaire à tout moment.

PARTIE 4 – NOMINATION DE FIDUCIAIRE

Recommandée dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, pour tout bénéficiaire qui est mineur ou qui n'a pas la capacité juridique.

Fiduciaire (Nom de famille, Prénom) _____

Lien de parenté avec l'employé _____

est, par la présente, nommé(e) fiduciaire pour recevoir toute somme due au titre de toute désignation de bénéficiaire figurant dans les dossiers de la Compagnie d'assurance vie RBC lorsque le bénéficiaire désigné est mineur à la date d'échéance du paiement en question.

PARTIE 5 - DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE : *Maladie Graves*

La désignation de bénéficiaire se rapporte aux prestations d'assurance maladie grave administrées par RBC Compagnie d'Assurance-Vie et souscrites par Allstate, Compagnie d'Assurance du Canada. .

Les prestations d'assurance maladie grave sont payables à l'assuré, s'il est vivant. En cas de décès de l'assuré, les prestations sont payables à la succession de l'assuré, à moins qu'un bénéficiaire ne soit désigné ci-dessous.

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom	Initiale	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe	Lien de parenté	%	RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT : La désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : ☐ Révocable ☐ Irrévocable

Si le bénéficiaire est un mineur ou n'a pas la capacité juridique, il est recommandé de nommer un fiduciaire, sauf dans la province du Québec.

Fiduciaire (nom de famille, prénom)

Lien avec l'employé

est, par la présente, nommé(e) fiduciaire pour recevoir toute somme due au titre de toute désignation de bénéficiaire figurant dans les dossiers de la Compagnie d'assurance vie RBC lorsque le bénéficiaire désigné est mineur à la date d'échéance du paiement en question.

PARTIE 6 – AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

Je me réserve le droit de changer la présente désignation. La Compagnie d'assurance vie RBC n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou l'effet de la présente désignation.

Signée à _____ le _____ jour de _____
(Ville/Province) (mois/année)

Témoin (autre que le bénéficiaire)

Signature de l'employé

Veuillez conserver le formulaire dans vos dossiers.

C.P. 1600, 8677 Anchor Drive, Windsor (Ontario), N9A 0B3, 1-855-257-1598, www.rbcassurances.com