



Modification de nom et/ou désignation de bénéficiaire pour l'Assuré(e)

Pour membre/employé ou conjoint

Remarque: un formulaire séparé est requis pour chaque assuré(e) / Écrire à l'encre s.v.p.

Information de la police

N° de Police	N° de division	N° de matricule	Nom du titulaire de la police
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nom de famille du membre/de l'employé (Cette section doit toujours être complétée)	Prénom	Initiales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Remplir la ligne ci-dessous si le conjoint produit ce formulaire.

Nom de famille du conjoint	Prénom	Initiales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Changement de nom de l'Assuré(e)

Nouveau nom de famille de l'Assuré(e)	Prénom	Initiales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Changement de désignation de bénéficiaire

Nom de famille du nouveau bénéficiaire	Prénom	Liens de parenté avec l'Assuré(e)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nota: Si l'espace fourni n'est pas suffisant vous pouvez attacher une feuille de papier, datée et signée, à cette demande.

Si vous nommez un bénéficiaire qui est moins de 18 ans, vous devriez nommer un fiduciaire qui recevra l'argent en fiducie pour le bénéficiaire.

Nom du fiduciaire pour un bénéficiaire mineur: _____

Dans la mesure permise par la loi, je me réserve le droit de modifier ou de révoquer la désignation de bénéficiaire. La désignation de bénéficiaire effectuée sur le présent formulaire remplacera toute autre désignation faite à une date antérieure et s'appliquera à toutes les garanties prévues en vertu de la présente police à moins que Industrielle Alliance Pacifique, Assurance et services financiers inc. (« Industrielle Alliance Pacifique ») n'ai reçu d'instruction contraire.

Résidents du Québec: Si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation sera irrévocable, à moins que vous cochiez la case suivante. **Révocable**

Signature de l'Assuré(e) _____

Date de la signature (jj/mmm/aaaa) _____

Signature du témoin (Doit avoir l'âge légal ou plus et être une personne autre que le bénéficiaire) _____

Date de la signature (jj/mmm/aaaa) _____

Veillez renvoyer ce formulaire à Industrielle Alliance Pacifique, Marchés Spéciaux au 2165 Broadway O, CP 5900, Vancouver, C.B. V6B 5H6