Division assurances collectives
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8

Régimes Collectifs
Changement de Bénéficiare

IDENTIFICATION

Titulaire de police: _____ N° de groupe G_____

Nom de l'employé(e)_____ No de certificat C-_____
Nom de famille Prénom

GENERAL INFORMATION

1 Veuillez noter que la désignation du bénéficiaire est l'une des décisions les plus importantes que vous prendrez à l'égard de ce régime d'assurance collective. Il importe que votre désignation de bénéficiaire reflète clairement vos intentions au sujet de la personne qui touchera vos prestations de décès.
2 Si votre bénéficiaire est un mineur, le produit de l'assurance ne pourra lui être versé directement. Afin d'éviter des problèmes avec le règlement de la demande, il faut nommer un fiduciaire dans le cas d'enfants mineurs.
3 Lorsqu'on aura alloué des pourcentages à chaque bénéficiaire, seuls ces montants seront versés à chacun d'eux. Si l'un des bénéficiaires décède avant vous, sa part sera versée à vos ayants droit.

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIARE

Changement de Bénéficiare: ☐ Assurance-vie des employés ET / OU SVP Cercle Un Choix ☐ Assurance -vie facultative

Je révoque par les présentes toute désignation précédente de bénéficiaire et je désigne les personnes suivantes comme étant celles qui pourront toucher les montants versés en vertu de mon régime d'assurance-vie collective de Wawanesa indiqué ci-dessus.

Je me réserve le droit, sans obtenir le consentement de mon bénéficiaire, de changer à l'avenir le bénéficiaire sous réserve des restrictions imposées par la loi.

Nom du bénéficiaire ou plusieurs, s'il y en a plus d'un.	**% alloué**	**Liens de parenté du bénéficiaire avec l'employé(e)**
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____

NOTA : Il ne faut désigner un fiduciaire QUE SI le bénéficiaire est un mineur.

DESIGNATIONS DU FIDUCIAIRE

Designations du fiduciaire : Je désigne, par les présentes, _____
Nom Lien
comme fiduciaire qui recevra des versements au nom de_____, bénéficiaire que j'ai désigné ci-dessus durant sa minorité.

AUTORISATION ET RECONNAISSANCE

Il est entendu que tout changement, y compris le changement d'un bénéficiaire, indiqué sur ce formulaire de changement n'entrera pas en vigueur jusqu'à ce formulaire soit reçu et validé par la Compagnie d'Assurance-vie Wawanesa. (La signature d'un témoin est nécessaire uniquement pour un changement de bénéficiaire.)

_____ _____
Date Signature de l'employé(e)

_____ _____
Nom du témoin (en letters moulées) Signature du témoin

AVIS CONCERNANT LES RESEIGNEMENTS PERSONNELS

Vous avez déjà donné votre consentement à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life pour qu'elle recueille, utilise et communique vos renseignements personnels en vue d'établir et de maintenir la communication avec vous, assurer des risques de façon prudente, faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement, détecter et prévenir les actes frauduleux, offrir des produits et des services qui répondent à vos besoins et compiler les statistiques et agir conformément à la loi. Ce consentement s'appliquait aux renseignements personnels communiqués à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life à ce moment-là et à ceux qui pourraient être communiqués par la suite.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL

Établi par la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life ce _____ jour de _____,_____.

Validé par: _____.