

**UNIVERSITÉ MCGILL RÉGIME D'ASSURANCE-VIE COLLECTIVE  
 CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE**
**POLICE 98500**
**RESEIGNEMENTS DU PARTICIPANT (En majuscules)**

Nom de famille	Prénom(s)	Numéro d'employé
Numéro de téléphone	Courriel:	

**CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (En majuscules)**

*Vous pouvez nommer une ou plusieurs personnes comme bénéficiaires de votre assurance vie de base et de votre assurance vie facultative. Vous devez indiquer si la désignation est « révocable » ou « irrévocable ».*

*Veillez noter qu'au Québec, si vous nommez votre conjoint comme bénéficiaire, vous ne pourrez, par la suite, modifier votre désignation qu'avec son consentement, à moins d'avoir expressément indiqué sur le formulaire de désignation que votre choix est « révocable ».*

*La désignation de bénéficiaire « irrévocable » ne peut être modifiée que suite au décès du bénéficiaire (une copie de la déclaration de décès est requise), un divorce (une copie du jugement de divorce est requise) ou son consentement écrit (voir ci-dessous). Joindre les pièces justificatives avec ce formulaire.*

*Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, veuillez indiquer la part (%) de la prestation d'assurance-vie payable à chacun (ne pas indiquer de montant en argent). Le total des pourcentages alloués doit être égal à 100%. Inscrive les bénéficiaires supplémentaires sur une feuille séparée et la joindre à ce formulaire.*

*Si vous désignez un bénéficiaire, veuillez mentionner leur nom au complet. Veuillez préciser le lien que vous avez avec cette personne pour qu'il n'y ait pas aucune difficulté à identifier la bonne personne advenant votre décès.*

**Je, soussigné(e) annule toutes les désignations de bénéficiaire que j'ai faites antérieurement et demande que toutes les prestations payable aux termes du régime d'assurance-vie collective de McGill soient versées au bénéficiaire suivant.**

Nom de Famille, Prénom	Date de naissance (AMJ)	Lien	%	Désignation
		<input type="checkbox"/> Marié ou union civile <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
		<input type="checkbox"/> Marié ou union civile <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre _____		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (Si vous avez nommé un bénéficiaire irrévocable, son consentement est requis pour modifier la désignation. Note : Le bénéficiaire doit être majeur pour donner son consentement; le participant ou le nouveau bénéficiaire ne peuvent servir de témoin.)**

**Je, soussigné(e), bénéficiaire désigné de façon irrévocable en vertu du contrat collectif susmentionné, cède à l'assuré tous mes droits et titres y afférents. Je déclare être majeur.**

Nom du bénéficiaire irrévocable \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
 (en majuscules)

Nom du témoin \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_  
 (en majuscules)

Signé le \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_  
 (date)

**AUTORISATION DU PARTICIPANT (Veuillez envoyer le formulaire original dûment rempli au Centre de service des Ressources humaines)**

**J'atteste que l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète, et que je joins toutes les pièces justificatives nécessaires. Il est entendu que l'Université McGill et leurs responsables et employés ne peuvent être tenus responsables de la validité de la désignation de mon bénéficiaire.**

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
 Année Mois Jour