



# CARTE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

NOM DE L'EMPLOYEUR		N° DE POLICE(S)	DIVISION DE LA FACTURATION	
NOM DE L'EMPLOYÉ			N° D'ASSURANCE SOCIALE	

**DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE** Pour nommer plus qu'un bénéficiaire ou pour nommer un bénéficiaire subsidiaire, demandez de l'aide à votre administrateur du régime.

Nom du bénéficiaire	Prénom	Initiale	%	Relation
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Si aucun des susnommés n'est vivant, veuillez payer :  
\_\_\_\_\_

**POUR LES RÉSIDANTS DU QUÉBEC SEULEMENT :**  
 Une désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable à moins que vous rendiez la désignation révoquant en cochant ici :  
 RÉVOCABLE

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_