



Changement de bénéficiaire

Please mail original completed form to BBD:

Western Canada
500-2755 Lougheed Highway, Port Coquitlam, BC V3B 5Y9
Eastern Canada
107 - 6 Cataragui Street, Kingston ON K7K 1Z7

Nom de l'employeur

- ▶ Pour utiliser ce formulaire, vous devez déjà être assuré par le régime de votre employeur. ◀
- ▶ Pour une nouvelle adhésion, veuillez remplir le formulaire Adhésion à l'assurance groupe. ◀

▶ **VEUILLEZ IMPRIMER.** Veuillez soumettre le formulaire original seulement – les télécopies ou photocopies ne pourront être acceptées. ◀

▶ Employé(e) – Compléter pour changement de bénéficiaire ◀

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|----------|--|--|--|--|--|----------------------|--|--|
| Nom de famille de l'employé(e) | | | Prénom | | | Initiale | | | | | |
| Désignation de bénéficiaire (inscrivez le nom légal au complet ex.: Marie Jeanne Tremblay, et non Mme Jeanne Tremblay) | | | | | | Administrateur désigné (à compléter seulement si le bénéficiaire a moins de 18 ans) | | | | | |
| J'annule toutes les désignations de bénéficiaires précédentes et désigne comme bénéficiaire à titre révocable dans le cas de mon décès : | | | | | | Je nomme comme administrateur à titre révocable, pour recevoir toute somme qui est due à mon bénéficiaire, si ce bénéficiaire est mineur : | | | | | |
| _____ | | | _____ | | | _____ | | | % | | |
| Nom légal complet | | | Relation | | | Partage des prestations | | | Nom légal au complet | | |
| _____ | | | _____ | | | _____ | | | % | | |
| ▶ Note importante ◀ | | | | | | X | | | | | |
| Pour un changement de bénéficiaire. Votre signature doit être faite en présence d'un témoin de plus de 18 ans, qui n'est lié à vous et n'est pas votre bénéficiaire. | | | | | | Signature de l'employé(e) | | | Date | | |
| | | | | | | Signature du témoin | | | Date | | |