

1 – Renseignements

Nom du Preneur	Numéro de police
----------------	------------------

2 – Désignation de bénéficiaire pour :

<input type="checkbox"/> Assuré principal <input type="checkbox"/> Conjoint	Nom
---	-----

3 – Déclaration de désignation de bénéficiaire

Je, soussigné(e), preneur du contrat susmentionné, révoque par la présente toute désignation antérieure de bénéficiaire(s) et désigne comme bénéficiaire(s) de toute prestation payable au décès de l'assuré ou des assurés précité(s), en vertu du contrat susmentionné :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	%

À noter que les prestations seront distribuées à part égale entre les bénéficiaires à moins de stipulation contraire.

Révocable(s) Irrévocable(s)

À noter que le bénéficiaire révocable peut être modifié en tout temps avec une demande écrite du preneur. Le bénéficiaire irrévocable ne peut être modifié qu'avec le consentement signé de celui-ci et sur réception de la demande écrite du preneur.

Toutefois, au Québec, à moins de stipulation contraire, un conjoint sera automatiquement considéré irrévocable.

Signée à _____ (ville) ce _____ (jour) de _____ (mois) _____ (année).

Signature	
Signature du preneur	Signature du témoin

4 – Déclaration de renonciation aux droits (obligatoire si le bénéficiaire actuel est irrévocable)

Je, soussigné(e), ayant été désigné comme bénéficiaire irrévocable des prestations payables au décès de l'assuré ou des assurés précité(s) en vertu du contrat susmentionné renonce par la présente à tous mes droits, titres et intérêts en tant que bénéficiaire en ce qui a trait audit contrat.

Signée à _____ (ville) ce _____ (jour) de _____ (mois) _____ (année).

Signature	
Signature du témoin	Signature du bénéficiaire irrévocable
Adresse	Adresse

L'Association d'Hospitalisation Canassurance, Canassurance Compagnie d'assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, n'assument aucune responsabilité quant à l'effet de la présente désignation de bénéficiaire, son efficacité ou sa validité.