

## Changement de bénéficiaire

TYPE DE CHANGEMENT	COCHER UNE OPTION	INSTRUCTIONS	INFORMATIONS ADDITIONNELLES
Changer le ou les bénéficiaires au titre de ma police d'assurance vie actuelle		<ul style="list-style-type: none"> <li>Remplir les sections 1 et 2</li> <li>Signer à la section 4</li> </ul>	Vous devez fournir tous les renseignements demandés, y compris le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).
Changer le ou les bénéficiaires au titre de ma police d'assurance vie et de mon avenant d'assurance maladies graves actuels		<ul style="list-style-type: none"> <li>Remplir les sections 1, 2 et 3</li> <li>Signer à la section 4</li> </ul>	Ne remplissez la section 3 que si vous désignez un nouveau bénéficiaire au titre de votre avenant d'assurance maladies graves. Si cette section n'est pas remplie, le bénéficiaire sera la personne assurée ou le propriétaire pour le remboursement des primes au décès. Référez-vous à la section 3 pour plus de détails.
Changer le ou les bénéficiaires au titre de ma police d'assurance maladies graves actuelle		<ul style="list-style-type: none"> <li>Remplir les sections 1 et 3</li> <li>Signer à la section 4</li> </ul>	Vous ne pouvez désigner un bénéficiaire que si la loi le permet dans votre province. Le bénéficiaire est par défaut la personne assurée. Pour la garantie de remboursement des primes au décès, le bénéficiaire est par défaut le propriétaire. Référez-vous à la section 3 pour plus de détails.

### Section 1 – Coordonnées du propriétaire de la police

Numéro(s) de police

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_ ③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_

Nom du ou des propriétaires

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_  
③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_

Nom de la ou des personnes assurées visées par tous les changements

① \_\_\_\_\_ ② \_\_\_\_\_  
③ \_\_\_\_\_ ④ \_\_\_\_\_ ⑤ \_\_\_\_\_

Adresse actuelle du propriétaire

App./Bur.

Ville

Province/Territoire/État

Pays

Code postal/Code ZIP

Téléphone – domicile

Cellulaire

Téléphone – bureau

Courriel

En cas de désignation de plus d'un bénéficiaire primaire, la répartition des sommes dues se fait en parts égales, à moins d'indication contraire. Il en va de même pour les bénéficiaires subsidiaires. Toute répartition des sommes dues **DOIT** se faire en pourcentages et non en dollars. Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %

Une personne agissant à titre de mandataire ne peut faire un changement de bénéficiaire sans une ordonnance du tribunal autorisant expressément le changement demandé.

#### Bénéficiaires primaires/subsidiaires :

Tous les bénéficiaires sont réputés primaires à moins d'indication contraire. Si tous les bénéficiaires primaires précèdent la personne assurée, les sommes dues sont payables aux bénéficiaires subsidiaires, le cas échéant, sinon au propriétaire ou à sa succession. L'intérêt de tout bénéficiaire décédé est réparti, en parts égales, parmi les bénéficiaires survivants.

## Changement de bénéficiaire

### Bénéficiaires irrévocables/révocables :

Pour les contrats signés au Québec, la désignation du conjoint (par mariage ou union civile) du propriétaire comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'indication contraire. Toutes les autres désignations de bénéficiaire au Québec, et toutes les désignations de bénéficiaire pour les polices établies ailleurs au Canada, sont révocables, à moins d'indication contraire. La désignation d'un bénéficiaire à titre irrévocable vous enlève une part substantielle de liberté d'action en ce qui a trait à la police. Lorsqu'un bénéficiaire irrévocable est désigné, son consentement est exigé pour les transactions futures touchant la police, comme dans le cas d'un rachat ou d'une avance sur police. Au Québec seulement – Une copie certifiée du jugement de divorce doit être jointe à une demande de modification de police si la signature de l'ex-conjoint (en tant que bénéficiaire irrévocable) ne peut être obtenue.

### Bénéficiaires mineurs :

Si une personne mineure est désignée bénéficiaire irrévocable, elle ne peut donner son consentement. Son consentement à tout changement n'est accordé que si ivari reçoit une ordonnance d'un tribunal, qu'elle juge satisfaisante, autorisant le changement demandé.

Si une personne mineure est désignée bénéficiaire, il est recommandé de désigner un fiduciaire. Si le fiduciaire au titre d'un acte de fiducie écrit (autre que la disposition relative aux mineurs dans le présent formulaire) est nommé à titre de bénéficiaire, ivari se réserve le droit d'exiger une preuve satisfaisante de l'existence de l'acte de fiducie et(ou) de l'autorité du fiduciaire avant le versement des sommes dues en vertu de la police à ce dernier. Si un acte de fiducie n'est pas en vigueur à la date d'échéance du paiement, celui-ci est alors fait selon les lois en vigueur.

## Section 2 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – Assurance vie

### 1 Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

PRÉNOM, NOM DE FAMILLE	LIEN*	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	% PARTS ÉGALES SAUF INDICATION CONTRAIRE†	PRIMAIRE (P) SUBSIDIARE (S)	RÉVOCABLE (R) IRRÉVOCABLE (I)
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I

\*Veuillez indiquer le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).

†Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

### 2 Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

PRÉNOM, NOM DE FAMILLE	LIEN*	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	% PARTS ÉGALES SAUF INDICATION CONTRAIRE†	PRIMAIRE (P) SUBSIDIARE (S)	RÉVOCABLE (R) IRRÉVOCABLE (I)
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I

\*Veuillez indiquer le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).

†Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

### 3 Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

PRÉNOM, NOM DE FAMILLE	LIEN*	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	% PARTS ÉGALES SAUF INDICATION CONTRAIRE†	PRIMAIRE (P) SUBSIDIARE (S)	RÉVOCABLE (R) IRRÉVOCABLE (I)
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I

\*Veuillez indiquer le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).

†Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

## Changement de bénéficiaire

### 4 Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

PRÉNOM, NOM DE FAMILLE	LIEN*	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	% PARTS ÉGALES SAUF INDICATION CONTRAIRE†	PRIMAIRE (P) SUBSIDIAIRE (S)	RÉVOCABLE (R) IRRÉVOCABLE (I)
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I

\*Veuillez indiquer le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).

† Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

### 5 Nom de la personne assurée \_\_\_\_\_

PRÉNOM, NOM DE FAMILLE	LIEN*	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	% PARTS ÉGALES SAUF INDICATION CONTRAIRE†	PRIMAIRE (P) SUBSIDIAIRE (S)	RÉVOCABLE (R) IRRÉVOCABLE (I)
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I
				P S	R I

\*Veuillez indiquer le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).

† Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

Si une personne mineure est désignée bénéficiaire, veuillez indiquer le nom et l'adresse du fiduciaire ainsi que son lien avec la personne assurée (ne s'applique pas au Québec) :

NOM DU FIDUCIAIRE	ADRESSE	LIEN

## Section 3 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – Assurance maladies graves

**DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – Assurance maladies graves** (Police d'assurance maladies graves ou avenant d'assurance maladies graves revêtant une police d'assurance vie)

**Nota :** Pour une police ou un avenant d'assurance maladies graves, vous ne pouvez désigner un bénéficiaire que si la loi le permet dans votre province. Garantie de maladie grave et(ou) garantie de dépistage précoce – **Le bénéficiaire sera la personne assurée à moins d'indication contraire ci-dessous. Si la personne assurée est mineure, le bénéficiaire est le propriétaire ou sa succession, s'il est décédé.**

NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	PRÉNOM, NOM DE FAMILLE	LIEN*	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	% PARTS ÉGALES SAUF INDICATION CONTRAIRE†	PRIMAIRE (P) SUBSIDIAIRE (S)	RÉVOCABLE (R) IRRÉVOCABLE (I)
					P S	R I
					P S	R I

\*Veuillez indiquer le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).

† Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

Si une personne mineure est désignée bénéficiaire, veuillez indiquer le nom et l'adresse du fiduciaire ainsi que son lien avec la personne assurée (ne s'applique pas au Québec) :

NOM DU FIDUCIAIRE	ADRESSE	LIEN

**DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – Assurance maladies graves – Remboursement des primes au décès – Les sommes dues sont payables au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé, à moins d'indication contraire ci-dessous.**

NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	PRÉNOM, NOM DE FAMILLE	LIEN*	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	% PARTS ÉGALES SAUF INDICATION CONTRAIRE†	PRIMAIRE (P) SUBSIDIAIRE (S)	RÉVOCABLE (R) IRRÉVOCABLE (I)
					P S	R I
					P S	R I

\*Veuillez indiquer le lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec).

† Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

## Changement de bénéficiaire

Si une personne mineure est désignée bénéficiaire, veuillez indiquer le nom et l'adresse du fiduciaire ainsi que son lien avec la personne assurée (ne s'applique pas au Québec) :

NOM DU FIDUCIAIRE	ADRESSE	LIEN

Décharge des fiduciaires – ivari n'assume aucune responsabilité quant à l'affectation, à la disposition ou à l'usage des sommes versées, en vertu de la police, à tout fiduciaire nommé dans les présentes, ni quant à la validité de tout acte de fiducie. Le versement en question libère ivari de toute obligation à l'égard du montant versé.

### Section 4 – Signatures

Je reconnais expressément que la révocation et le changement de bénéficiaire prennent effet à compter de la date de leur réception au siège social d'ivari, sous réserve de tout paiement effectué par celle-ci avant qu'elle ne consigne la révocation et le changement. ivari n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou l'effet de la désignation en question. **Si le propriétaire est une entité, la signature, le nom et le titre des signataires autorisés, tels qu'indiqués dans les statuts, sont requis.**

Signé à (ville) \_\_\_\_\_ dans la province/le territoire/l'État de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire de police  
(indiquer le nom et le titre si le propriétaire est une entité)

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Titre du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire de police  
(indiquer le nom et le titre si le propriétaire est une entité)

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Titre du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire de police  
(indiquer le nom et le titre si le propriétaire est une entité)

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Titre du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire de police  
(indiquer le nom et le titre si le propriétaire est une entité)

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Titre du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire de police  
(indiquer le nom et le titre si le propriétaire est une entité)

\_\_\_\_\_  
Nom du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Titre du signataire autorisé

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire privilégié/irrévocable (le cas échéant)

**Veuillez vous rendre sur le site [ivari.ca](http://ivari.ca) pour lire notre politique sur la protection de la vie privée et comprendre la façon dont nous traitons vos renseignements personnels. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.**



C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-800-846-5970



**Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur [ivari.ca](http://ivari.ca).**

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.