



RÉGIME D'ASSURANCE DES ENSEIGNANTES
ET DES ENSEIGNANTS DE L'ONTARIO
125, promenade Northfield Ouest
C. P. 218
Waterloo ON N2J 3Z9
(519) 888-9683 | 1 800 267-6847

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE BASE (OBLIGATOIRES)

SEXE F H

NOM
Nom de famille Prénom(s)

ADRESSE

VILLE

CODE POSTAL TÉLÉPHONE -

MATRICULE

CONSEIL

POLICE N°

COURRIEL

Indiquer votre affiliation :

AEFO Personnel administratif
OECTA Élé. Personnel de bureau
Sec. Personnel de soutien
FEEO Autre
FEESO Enseignant

DATE DE NAISSANCE
JOUR MOIS ANNÉE

DATE D'EFFET
JOUR MOIS ANNÉE

Cocher les cases appropriées : Assurance vie de base Assurance vie facultative/pour conjoint

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (Joindre un second formulaire si l'espace est insuffisant.)

Je révoque par la présente toute désignation de bénéficiaire antérieure et je nomme les personnes suivantes bénéficiaires de tout montant payable à mon décès.

NOM DE FAMILLE DU BÉNÉFICIAIRE	PRÉNOM	INITIALE	LIEN AVEC LA PERSONNE	POURCENTAGE
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

En vertu des lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable à moins que vous ne stipuliez que celle-ci est révocable.

Je stipule que la désignation de bénéficiaire faite sur le présent formulaire est révocable.

Remarque : Si vous désignez un enfant mineur comme bénéficiaire de l'assurance, vous devez nommer un fiduciaire pour toucher le produit de l'assurance en son nom, sinon le produit de l'assurance sera versé au tribunal.

Désignation d'un fiduciaire (on recommande de consulter un conseiller juridique avant de nommer un fiduciaire) :

Je désigne , , comme fiduciaire pour toucher le produit de l'assurance au nom de mon bénéficiaire mineur.
(conjoint, frère, soeur, etc.) (Nom)

BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE (bénéficiaire subsidiaire advenant que le bénéficiaire désigné meure avant vous).

Prénom Initiale Nom de famille Lien avec la personne

Fait à , le 20

Signature du témoin **X** Signature du membre **X**

Nom du membre
(en lettres moulées)