



RÉGIME D'ASSURANCE DES ENSEIGNANTES ET DES
 ENSEIGNANTS DE L'ONTARIO
 125, promenade Northfield Ouest
 CP 218
 Waterloo ON N2J 3Z9
 519.888.9683
 1.800.267.6847

Changement de bénéficiaire

Renseignements personnels de base (obligatoires)

Nom (Nom de famille, prénoms)			Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Adresse (numéro, rue et app.)			Indiquer votre affiliation :	
Ville	Province	Code postal	<input type="checkbox"/> FEEO	<input type="checkbox"/> Administration
			<input type="checkbox"/> FEESO Enseignant	<input type="checkbox"/> Personnel de bureau
			<input type="checkbox"/> OECTA Secondaire	<input type="checkbox"/> Personnel de soutien
			<input type="checkbox"/> OECTA Élémentaire	<input type="checkbox"/> Autre _____
Numéro de téléphone à domicile ()		Numéro de téléphone au travail ()		
Courriel			Date de naissance (jj/mm/aaaa)	
Matricule		Numéro de police		Date d'effet (jj/mm/aaaa)
Conseil scolaire/district				

Cocher les cases appropriées : Assurance vie de base Assurance vie

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	Prénoms	Lien	Pourcentage
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____

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, le produit en sera consigné au tribunal à moins que vous ne désigniez un fiduciaire qui le recevra en fiducie au nom de l'enfant.

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.
 (mon conjoint, mon frère, ma soeur, etc.) (Nom)

Bénéficiaire en sous-ordre (bénéficiaire subsidiaire advenant que le bénéficiaire désigné meure avant vous)

Nom de famille	Prénoms	Lien

Convention, attestation et autorisation

Je certifie que les renseignements fournis ici sont exacts et complets et je consens à que ces renseignements soient utilisés pour déterminer mes besoins, évaluer mon admissibilité au régime, me fournir régulièrement les services appropriés, nous protéger les uns et les autres contre les erreurs et les fraudes et, enfin, respecter diverses exigences juridiques.

Je confirme que la désignation de bénéficiaire est véridique et telle que je l'ai effectuée. Je désigne le bénéficiaire ci-dessus pour recevoir tout montant payable à mon décès tant que je suis assuré(e) par cette police collective.

Signature du membre X _____ Date (jj/mm/aaaa) _____