

Formulaire de désignation de bénéficiaire **TotalGUARD**

Le présent formulaire doit être complété par le participant au régime.

Renseignements sur l'employé

Nom (prénom, initiales, nom de famille)	No. de police
Nom de l'entreprise	No. de certificat

Désignation de bénéficiaire

Si aucun bénéficiaire n'est nommé, la succession sera désignée bénéficiaire. Si un enfant mineur est désigné comme bénéficiaire, un fiduciaire doit être nommé pour pouvoir prendre les actions nécessaires au nom de l'enfant.

Nom du bénéficiaire (prénom, initiales, nom de famille)	% Alloué	Lien avec l'employé participant
Nom du bénéficiaire (prénom, initiales, nom de famille)	% Alloué	Lien avec l'employé participant
Nom du bénéficiaire (prénom, initiales, nom de famille)	% Alloué	Lien avec l'employé participant

Nom du (des) fiduciaire(s) pour les enfants à charge (moins de 18 ans) ainsi que le lien de parenté avec le participant

L'assureur consigne les désignations ou les changements de bénéficiaires, mais il n'assume aucune responsabilité quant à leur validité. La présente désignation s'applique à toutes les garanties offertes en vertu de la police.

Pour les résidents du Québec seulement

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable à moins d'indication contraire. Si le bénéficiaire est désigné irrévocablement, son consentement est requis pour effectuer un changement à la désignation du bénéficiaire.

Si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est : Révocable Irrévocable

Certification et autorisation

Conformément aux dispositions de la police collective susmentionnée, je, soussigné(e), révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la(les) personne(s) dont il est fait état ci-dessus comme bénéficiaire ayant droit aux garanties payables en vertu de ladite police advenant mon décès. Si ledit bénéficiaire décède avant moi, la garantie décès en vertu de la police sera payable à ma succession.

J'atteste que toutes les déclarations, représentations et réponses contenues dans la présente demande sont véridiques, complètes et entières, qu'elles soient imprimées ou écrites à la main, et que l'assurance demandée est émise moyennant considération de celles-ci.

Chez HED Courtier en Assurance Inc., nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toutes les informations que vous nous transmettez seront conservées dans un dossier d'assurance collective. Les informations contenues au dossier ne seront accessibles que par :

- nos employés et représentants dans l'accomplissement de leur emploi;
- les personnes à qui vous en avez donné le droit par écrit;
- les personnes autorisées par la loi.

Sur demande, vous avez toujours le droit de consulter votre dossier et, si nécessaire, corriger toutes informations erronées.

HED Courtier en Assurance Inc. s'engage à respecter votre vie privée et à préserver la confidentialité des renseignements transmis, et ce, avec les meilleurs moyens dont elle dispose, afin de protéger les données personnelles vous concernant, ainsi que tous les renseignements ayant trait à vos activités professionnelles et financières qui se rapportent à l'un ou l'autre des dix principes de confidentialité prescrits par la Loi sur la protection des renseignements personnels et des documents électroniques (www.privcom.gc.ca). Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'engagement du groupe HED Courtier en Assurance Inc. envers la confidentialité et la sécurité des renseignements, veuillez visiter notre site web : www.hedinc.com.

Signature de l'assuré :

Date de la signature (jj/mm/aaaa) :