

Envoyer à Manuvie, à l'adresse suivante :

### Au Québec

Assurance individuelle  
2000, rue Mansfield  
Bureau 1310  
Montréal (Québec) H3A 3A1  
Télec. : 1 877 271-5494  
manuvie.ca

### Dans toutes les autres provinces

Individual Insurance  
500 King Street North  
P.O. Box 1669  
Waterloo (Ontario) N2J 4Z6  
Télec. : 1 877 763-8834

**Dans le cas des contrats d'assurance vie (sauf en ce qui concerne Synergie),** le présent formulaire vous permet de désigner un bénéficiaire selon les conditions stipulées dans votre contrat et dans la mesure permise par la loi.

**Dans le cas d'un contrat d'assurance accidents et maladie et d'assurances combinées (y compris Chèque-vie, SoinsVie et Synergie),** vous devez remplir des formulaires différents. Reportez-vous à la section **Formulaires connexes**, à la page 2.

- *Nous, notre et nos* renvoient à la compagnie qui est l'assureur du contrat ci-dessous mentionné. *Vous, votre et vos* renvoient au titulaire du contrat.
- Un *assuré* est une personne couverte par le contrat ou par une garantie complémentaire. Dans le cas des contrats de rente ou de placement, l'assuré est le rentier.
- Vous trouverez à la page 2 les instructions pour remplir ce formulaire.
- Une copie, une télécopie, une copie numérisée ou une image de cette désignation de bénéficiaires est aussi valide que l'original.
- Si vous avez des questions sur la façon de remplir ce formulaire, communiquez avec votre conseiller ou avec le Centre de service à la clientèle au 1 888 626-8843, si vous habitez au Québec, ou au 1 888 626-8543, si vous demeurez à l'extérieur du Québec. Si vous appelez d'ailleurs qu'en Amérique du Nord, téléphonez à frais virés au 519 747-6600.

Nom du conseiller		Code du conseiller	
<b>1 Renseignements généraux</b>			
En remplissant le présent formulaire, vous nous demandez de modifier les renseignements que vous nous avez fournis antérieurement. <b>Toute désignation de bénéficiaires ou nomination de fiduciaires antérieure sera révoquée.</b>			
Numéro(s) de contrat(s)		Nom de l'assuré/du rentier (prénom et nom de famille)	
Nom du titulaire (prénom et nom de famille, ou dénomination sociale complète si le titulaire est une personne morale)			
Adresse du titulaire (numéro, rue, appartement)		Ville	Province Code postal
<b>2 Désignation de bénéficiaires</b>			
Récrivez dans le présent formulaire le nom du bénéficiaire ou du fiduciaire que vous souhaitez désigner ou conserver.			
<p>Les bénéficiaires (autres que le conjoint dans le cas de contrats souscrits au Québec) sont révocables, à moins que vous n'écriviez « irrévocable » après le nom du bénéficiaire.</p> <p>Si vous avez désigné un bénéficiaire <b>irrévocable</b>, vos droits dans le contrat sont restreints. Le bénéficiaire doit donner son consentement par écrit pour que vous puissiez :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modifier votre désignation;</li> <li>• retirer des fonds;</li> <li>• céder le contrat;</li> <li>• en transférer la propriété; ou</li> <li>• modifier d'autre façon le contrat (p. ex. réduire la couverture).</li> </ul> <p>Nota : Les enfants mineurs ne peuvent pas donner de consentement écrit à de tels changements.</p> <p>* <b>Au Québec</b>, précisez le lien de chaque bénéficiaire avec le titulaire. <b>Dans toutes les provinces sauf le Québec</b>, précisez le lien de chaque bénéficiaire avec l'assuré.</p>			<input type="radio"/> Révocable
<b>Dans le cas de contrats établis au Québec :</b> si vous désignez votre conjoint (auquel vous êtes marié ou lié par union civile) à titre de bénéficiaire, cette désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez « Révocable » ci-contre.			
<b>Nom du ou des bénéficiaires</b> (prénom et nom de famille)		<b>Lien*</b>	<b>Part</b> (total 100 %)
			%
			%
			%
		<b>Total</b>	
<b>Nom du ou des bénéficiaires en sous-ordre (bénéficiaires subrogés au Québec)</b> (prénom et nom de famille)		<b>Lien*</b>	<b>Part</b> (total 100 %)
			%
			%
			%
		<b>Total</b>	
<b>3 Fiduciaires de bénéficiaires mineurs (ne s'applique pas au Québec)</b>			
Remplissez la présente section si un bénéficiaire désigné dans le présent formulaire est mineur. Dans un tel cas, vous convenez que toute prestation payable à un enfant mineur sera versée au fiduciaire qui gardera alors la somme en fiducie jusqu'à la majorité de l'enfant.			
<b>Nom du ou des bénéficiaires</b> (prénom et nom de famille)		<b>Nom du ou des fiduciaires</b> (prénom et nom de famille)	<b>Lien entre le fiduciaire et le bénéficiaire</b>
<b>4 Signatures</b>			
En signant ci-dessous, vous			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• révoquez toute désignation de bénéficiaires faite antérieurement ou toute instruction de paiement donnée antérieurement à l'égard des sommes payables au décès de l'assuré ou du rentier au titre de chaque contrat susmentionné, et</li> <li>• demandez que ces sommes soient versées au(x) bénéficiaire(s) susmentionné(s).</li> </ul>			
Fait à (ville, province)		Date (jj/mmmm/aaaa)	
Signature du titulaire** X Titre (s'il y a lieu) :		Signature du témoin (autre que le bénéficiaire) X	
Signature du titulaire** X Titre (s'il y a lieu) :		Signature du témoin (autre que le bénéficiaire) X	
Initiales	Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société par actions et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.		
En signant ci-dessous, le bénéficiaire irrévocable consent au changement de bénéficiaire indiqué dans le présent formulaire pour le(s) contrat(s) susmentionné(s) et renonce à ses droits à titre de bénéficiaire.			
Signature du bénéficiaire irrévocable ou privilégié, le cas échéant X		Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)

<b>Directives</b>	<p>Le présent formulaire vous permet de désigner un ou des bénéficiaires dans deux catégories : bénéficiaire et bénéficiaire en sous-ordre. Vous n'êtes pas tenu de désigner un bénéficiaire en sous-ordre.</p> <p>En remplissant le présent formulaire, vous révoquez toutes les désignations de bénéficiaires et nominations de fiduciaires antérieures. Pour maintenir une désignation ou une nomination antérieure, réécrivez le nom du bénéficiaire ou du fiduciaire dans le présent formulaire.</p> <p>Il n'y a pas lieu d'indiquer « s'il est vivant, autrement », « à parts égales » ou « également », car ces notions sont prises en compte dans les procédures de versement du capital-décès, telles qu'elles sont décrites dans la section <i>Paiement aux bénéficiaires</i> ci-dessous.</p> <p>Si vous désirez que les bénéficiaires d'une des catégories (bénéficiaire ou bénéficiaire en sous-ordre) reçoivent des parts inégales du capital-décès, veuillez indiquer le pourcentage du capital-décès à côté du nom de chaque bénéficiaire.</p> <p>Si vous apportez quelque correction que ce soit au présent formulaire, apposez vos initiales à côté de la correction pour en confirmer la validité.</p>
<b>Paiement aux bénéficiaires</b>	<p>Nous verserons le capital-décès (en une somme unique ou en versements échelonnés) comme suit, à moins d'indication contraire dans la désignation de bénéficiaires ou le contrat applicable :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) à tous les bénéficiaires vivants au décès de l'assuré; ou</li> <li>2) si aucun bénéficiaire n'est alors vivant, à tous les bénéficiaires en sous-ordre (aussi appelés bénéficiaires subsidiaires ou, au Québec, bénéficiaires subrogés) vivants; ou</li> <li>3) si aucun bénéficiaire n'est alors vivant : <ol style="list-style-type: none"> <li>a) aux ayants droit du dernier bénéficiaire survivant, pourvu qu'il soit décédé après l'assuré et à condition que le versement du capital-décès soit échelonné; sinon</li> <li>b) au titulaire du contrat, s'il ne s'agit pas de l'assuré; sinon</li> <li>c) aux ayants droit du titulaire du contrat.</li> </ol> </li> </ol> <p>Si, pour quelque raison que ce soit, le bénéficiaire n'a plus le droit de recevoir le capital-décès, nous considérerons cette personne comme étant décédée aux fins du paiement de la prestation.</p> <p>Les bénéficiaires d'une même catégorie (bénéficiaire ou bénéficiaire en sous-ordre) partageront à parts égales la prestation de décès qui leur est payable, à moins d'indication contraire de votre part. Si un bénéficiaire décède avant que la prestation lui soit versée, sa part sera répartie de façon égale entre les bénéficiaires survivants de la même catégorie, à moins d'indication contraire de votre part.</p>
<b>Signatures</b>	<p>Le bénéficiaire actuel doit signer le présent formulaire pour signifier qu'il accepte le changement de bénéficiaire et qu'il renonce à ses droits en tant que bénéficiaire, s'il est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un bénéficiaire irrévocable, ou</li> <li>• un bénéficiaire privilégié et que le nouveau bénéficiaire n'est pas privilégié.</li> </ul>
<b>Formulaires connexes</b>	<p><b>Pour désigner un bénéficiaire en Alberta, en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario, au Québec ou en Saskatchewan :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les contrats Chèque-vie, utilisez le formulaire NN1467F, <i>Désignation de bénéficiaires pour les contrats Chèque-vie</i>;</li> <li>• pour les contrats SoinsVie, utilisez le formulaire NN1561F, <i>Désignation de bénéficiaires pour les contrats SoinsVie</i>;</li> <li>• pour la solution Synergie, utilisez le formulaire NN1609F, <i>Désignation de bénéficiaires et instructions de paiement pour Synergie</i>;</li> <li>• pour les contrats d'assurance invalidité et d'assurance maladies graves (excepté Chèque-vie et Synergie), utilisez le formulaire NN1584F, <i>Désignation de bénéficiaires pour les contrats d'assurance invalidité et d'assurance maladies graves (excepté Chèque-vie et Synergie)</i>.</li> </ul> <p><b>Pour donner des instructions relativement au paiement de prestations dans toutes les autres provinces et les territoires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pour les contrats Chèque-vie, utilisez le formulaire NN0999F, <i>Instructions de paiement pour les contrats Chèque-vie</i>;</li> <li>• pour les contrats SoinsVie, utilisez le formulaire NN1571F, <i>Instructions de paiement pour les contrats SoinsVie</i>;</li> <li>• pour la solution Synergie, utilisez le formulaire NN1609F, <i>Désignation de bénéficiaires et instructions de paiement pour Synergie</i>.</li> </ul>