

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Remplissez ce formulaire pour désigner un bénéficiaire ou pour modifier le statut d'informations existantes. Merci de retourner ce formulaire à: MDM Insurance Services Inc., PO Box 970, Guelph, ON, N1H 6N1.

**Déclaration de confidentialité**

MDM Insurance Services Inc. ("MDM") s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cadre de la conduite des affaires.

Avant d'utiliser ce formulaire, vous devez vous assurer que le fait de le remplir réalisera vos intentions car MDM n'est pas responsable de la validité ou l'effet de toute désignation faite en vertu de ce formulaire.

### A. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉS

Nom:	Numéro de contract:	Numéro de classe:
Nom de l'Employeur:		

### B. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Je \_\_\_\_\_, révoque par la présente toutes les désignations de bénéficiaires antérieures en vertu de la police et déclare que toutes les prestations payables en vertu de la police après mon décès seront versées à:

Bénéficiaire(s) principal(aux) - à parts égales, sauf indication d'autre pourcentage		
Nom(s)	Relation(s)	% Partager
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si le ou les bénéficiaires principaux décèdent avant l'employé, les bénéficiaires subsidiaires suivants auront droit à la avantages:

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) - en parts égales sauf indication d'un autre pourcentage		
Nom(s)	Relation(s)	% Partager
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si tous les bénéficiaires décèdent avant l'employé, les prestations seront versées à la succession de l'employé.

Le produit de la police ne peut pas être versé à un mineur. Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, vous devez nommer un fiduciaire. Si vous nommez un fiduciaire, vous pouvez souhaitez envisager de créer un accord de fiducie ou de faire référence à un accord de fiducie existant.

Curateur: \_\_\_\_\_ Lien avec l'employé: \_\_\_\_\_

### C. SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

Signé le: \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

Employé: \_\_\_\_\_ Témoin: \_\_\_\_\_  
(Doit être attesté par une personne autre que le bénéficiaire)