

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 apportez quelque correction que ce soit au présent formulaire, apposez vos initiales à côté de la correction pour en confirmer la validité.
- 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 des renseignements fournis précédemment. L'ancienne désignation de bénéficiaires ou de fiduciaires sera <b>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

<b>2 Désignation de bénéficiaires</b>  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.  Un bénéficiaire <b>irrévocable</b> doit donner son consentement par écrit pour que vous puissiez : <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>• autrement modifier le contrat.</li> </ul> Nota : Les enfants mineurs ne peuvent pas donner de consentement écrit à de tels changements.  * Parts : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, leurs parts respectives doivent totaliser 100 %.</li> <li>• Si les parts ne totalisent pas 100 %, la différence sera versée au titulaire ou à ses ayants droit.</li> <li>• Si les parts de pourcentage sont laissées vides, nous les distribuerons à parts égales.</li> </ul>	Pour conserver le même bénéficiaire, indiquez son nom de nouveau dans le présent formulaire.			
	<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 « <b>Révocable</b> » ci-contre.			<input type="radio"/> <b>Révocable</b>
	<b>Nom légal du ou des bénéficiaires</b> (prénom et nom de famille)	<b>Lien</b> Au Québec, 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.	<b>*Part</b> (total 100 %)	
			%	
			%	
<b>Total</b>				

<b>3 Désignation de bénéficiaires en sous-ordre</b>  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.  Un bénéficiaire <b>irrévocable</b> doit donner son consentement par écrit pour que vous puissiez : <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>• autrement modifier le contrat.</li> </ul> Nota : Les enfants mineurs ne peuvent pas donner de consentement écrit à de tels changements.  * Parts : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, leurs parts respectives doivent totaliser 100 %.</li> <li>• Si les parts ne totalisent pas 100 %, la différence sera versée au titulaire ou à ses ayants droit.</li> <li>• Si les parts de pourcentage sont laissées vides, nous les distribuerons à parts égales.</li> </ul>	Veuillez remplir cette section si un mineur est désigné aux présentes à titre de bénéficiaire. Le cas échéant, vous convenez que toute somme payable à un enfant mineur sera versée au fiduciaire, qui la gardera en fiducie jusqu'à la majorité de l'enfant.		
	<b>Nom du ou des bénéficiaires en sous-ordre (bénéficiaires subrogés au Québec)</b> (prénom et nom de famille)	<b>Lien</b> Au Québec, 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.	<b>*Part</b> (total 100 %)
			%
			%
			%
<b>Total</b>			

<b>4 Fiduciaires de bénéficiaires mineurs (ne s'applique pas au Québec)</b>	<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>

<p><b>5 Signatures</b></p> <p><b>** Si le titulaire est une société par actions, nous exigeons :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la signature et le titre de deux signataires autorisés;</li> <li><b>ou</b></li> <li>la signature et le titre d'un signataire autorisé et le sceau de la société par actions; si la société par actions n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer en son nom, en plus de signer, vous devez apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.</li> </ul>	<p>En signant ci-dessous, vous, le titulaire du contrat, confirmez que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous révoquez toute désignation de bénéficiaires antérieures à l'égard du capital-décès relatif à l'assuré ou au rentier au titre des contrats mentionnés dans le présent formulaire.</li> <li>Vous demandez que ces sommes soient versées aux bénéficiaires désignés dans le présent formulaire.</li> </ul> <table border="1" data-bbox="485 174 1562 235"> <tr> <td>Fait à (ville, province)</td> <td>Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="485 235 1562 304"> <tr> <td>Signature du titulaire** X Titre (s'il y a lieu) :</td> <td>Signature du témoin (autre que le bénéficiaire) X</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="485 304 1562 380"> <tr> <td>Signature du titulaire** X Titre (s'il y a lieu) :</td> <td>Signature du témoin (autre que le bénéficiaire) X</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="485 380 1562 449"> <tr> <td>Initiales</td> <td colspan="2">Appelez 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.</td> </tr> </table> <p>En signant ci-dessous, vous, le titulaire du contrat, confirmez que :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Vous révoquez toute désignation de bénéficiaires ou instruction de paiement antérieures à l'égard du capital-décès relatif à l'assuré ou au rentier au titre des contrats mentionnés dans le présent formulaire.</li> <li>Vous demandez que ces sommes soient versées aux bénéficiaires désignés dans le présent formulaire.</li> </ul> <table border="1" data-bbox="485 564 1562 630"> <tr> <td>Signature du bénéficiaire irrévocable ou privilégié, le cas échéant X</td> <td>Signature du témoin X</td> <td>Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>	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	Appelez 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.		Signature du bénéficiaire irrévocable ou privilégié, le cas échéant X	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)
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	Appelez 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.												
Signature du bénéficiaire irrévocable ou privilégié, le cas échéant X	Signature du témoin X	Date (jj/mmmm/aaaa)											
<p><b>Directives</b></p>	<p>Le présent formulaire vous permet de désigner un ou des bénéficiaires dans deux catégories : bénéficiaire et bénéficiaire en sous-ordre/subrogé. Vous n'êtes pas tenu de désigner un bénéficiaire en sous-ordre/subrogé.</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>.</p> <p>Si vous désirez que vos bénéficiaires ou bénéficiaires en sous-ordre/subrogés reçoivent des parts inégales du capital-décès, veuillez indiquer le pourcentage du capital-décès à côté du nom de chaque bénéficiaire.</p>												
<p><b>Paiement aux bénéficiaires</b></p>	<p>Nous verserons le capital-décès (en une somme unique ou en versements échelonnés) dans l'une des circonstances suivantes, à moins d'indication contraire dans la désignation de bénéficiaires ou le contrat applicable :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>à tous les bénéficiaires vivants au décès de l'assuré; ou</li> <li>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>si aucun bénéficiaire n'est alors vivant : <ol style="list-style-type: none"> <li>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>au titulaire du contrat, s'il ne s'agit pas de l'assuré; sinon</li> <li>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>												
<p><b>Signatures</b></p>	<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>												
<p><b>Formulaires connexes</b></p>	<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>												