

L'assurance Acceptionnelle Vie^{MC} est offerte et souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et est distribuée par Hunter McCorquodale et ses conseillers des ventes sous contrat.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE RÉVOCABLE

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE ET DE FIDUCIAIRE

Numéro(s) de police _____ Titulaire(s) de la police _____

Assuré _____

Je/Nous, titulaire(s) de la police ou proposition dont le ou les numéros sont indiqués ci-dessus, révoquons par la présente toutes les désignations de bénéficiaires précédentes faites au titre de la police (le cas échéant) et désignons le ou les bénéficiaires suivants pour recueillir les prestations prévues par la police, en parts égales, sauf stipulation d'un pourcentage différent ci-après. Pour les polices établies au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'avis contraire de révocation. (Cocher la case ci-dessous dans le cas d'une désignation de bénéficiaire révocable.)

Je déclare que la désignation de bénéficiaire figurant dans ce formulaire est révocable.

PREMIER(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Par la présente, je demande que les prestations payables soient partagées en parts égales entre tous les premiers bénéficiaires.
OU complétez le pourcentage pour chaque bénéficiaire

1. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA
2. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA
3. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA
4. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA

***Le total des parts de la section Premier(s) bénéficiaire(s) doit être de 100 %; le total de la section Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) doit être également de 100 %.
Ne pas remplir cette section si vous avez choisi de répartir les prestations payables en parts égales entre tous les bénéficiaires.**

BÉNÉFICIAIRE(S) SUBSIDIAIRE(S)

Par la présente, je demande que les prestations payables soient partagées en parts égales entre tous les bénéficiaires subsidiaires.
OU complétez le pourcentage pour chaque bénéficiaire

1. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA
2. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA
3. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA
4. Bénéficiaire _____ Date de naissance du bénéficiaire _____

Prénom	Initiale	Nom de famille	
--------	----------	----------------	--

 Lien avec l'assuré _____ Part* _____ %
JJ/MMM/AAAA

***Le total des parts de la section Premier(s) bénéficiaire(s) doit être de 100 %; le total de la section Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) doit également être de 100 %.
Ne pas remplir cette section si vous avez choisi de répartir les prestations payables en parts égales entre tous les bénéficiaires.**

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE ET DE FIDUCIAIRE (SUITE)

Fiduciaire(s) : Je/Nous désignons la ou les personnes suivantes pour recueillir les sommes payables au bénéficiaire, s'il est mineur à la date à laquelle les sommes assurées deviennent payables.

Si le bénéficiaire ne doit pas recevoir les sommes assurées à 18 ans (19 ans dans les Territoires du Nord-Ouest), indiquer, dans l'espace prévu, l'âge auquel il est appelé à toucher cet argent.

Pour les résidents du Québec, les dispositions du Code civil s'appliquent. Prière de ne pas remplir cette section.

FIDUCIAIRE(S)

1. Fiduciaire _____ En fiducie jusqu'à l'âge de _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____
Lien avec l'assuré _____
2. Fiduciaire _____ En fiducie jusqu'à l'âge de _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____
Lien avec l'assuré _____
3. Fiduciaire _____ En fiducie jusqu'à l'âge de _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____
Lien avec l'assuré _____

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ ET AUTORISATION

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Co-operators reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Pour plus de détails quant à notre politique sur la vie privée, visitez le www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le chef de la Protection de la vie privée de Co-operators aux coordonnées suivantes : Priory Square, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : privacy@cooperators.ca (veuillez préciser quelle compagnie de Co-operators est concernée par votre demande).

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

Je déclare et certifie que les renseignements fournis sont complets et véridiques, et qu'ils font partie intégrante de ma demande. Il est entendu que les renseignements personnels contenus dans le présent formulaire seront utilisés par Co-operators Compagnie d'assurance-vie à des fins de tarification et pour toute autre utilisation conforme aux lois fédérales et provinciales applicables. Je reconnais également que Co-operators Compagnie d'assurance-vie fonde sa décision sur les renseignements fournis, et qu'elle est en droit d'annuler ma ou mes polices en cas d'une fausse déclaration de ma part.

Signature du proposant _____ Date _____
JJ/MMM/AAAA

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

Le ou les titulaires de la police peuvent désigner un ou plusieurs premiers bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires. Cependant, il n'est pas nécessaire de désigner les deux. Indiquez le nom complet de l'assuré et du bénéficiaire, le lien entre le bénéficiaire et l'assuré (le titulaire de la police, au Québec), la date de naissance du bénéficiaire si celui-ci a moins de 18 ans (19 ans dans les Territoires du Nord-Ouest), la part en pourcentage (sauf en cas de répartition à parts égales; le total doit correspondre à 100 %) et la garantie (si le bénéficiaire n'est pas le même pour chaque garantie, par exemple : vie entière, décès accidentel, avenant d'assurance temporaire 10 ans). Si, au moment de la désignation, un bénéficiaire a moins de 18 ans (19 ans dans les Territoires du Nord-Ouest), il est conseillé de désigner un fiduciaire.

SIGNATURES

1. Titulaire(s) de la police : Seul le ou les titulaires de la police ont le droit de nommer un bénéficiaire. La désignation de bénéficiaire doit être signée et datée par tous les titulaires de la police ou, s'il s'agit d'une entreprise, par le ou les signataires autorisés. Si la police a plusieurs titulaires, ils doivent tous donner leur consentement au changement de bénéficiaire. En cas de corrections au formulaire, tous les signataires doivent y apposer leurs initiales.
2. Bénéficiaire(s) privilégié(s) : Le changement d'un bénéficiaire privilégié désigné avant juillet 1962 nécessite la signature du bénéficiaire privilégié actuel si le nouveau bénéficiaire(s) n'appartient(s) pas à la catégorie privilégiée, à savoir : mari, femme, enfants, enfants adoptifs, parents adoptifs, petits-enfants, père ou mère.
3. Bénéficiaire(s) irrévocable(s) : Tout changement de bénéficiaire nécessite le consentement du bénéficiaire irrévocable, le cas échéant, qui signe alors le formulaire.

Fiduciaire(s) : Les sommes assurées ne peuvent être versées à un mineur ou à une personne inhabile à les toucher. Dans ce cas, il est recommandé de désigner un fiduciaire appelé à représenter le bénéficiaire jusqu'à sa majorité ou pendant la période d'incapacité; on peut alors conclure un contrat de fiducie. En l'absence d'un fiduciaire pour les enfants mineurs, les sommes assurées sont remises au curateur public (ou à l'autorité gouvernementale équivalente) jusqu'à la majorité des enfants. Les lois sur les assurances des provinces et des territoires autorisent le paiement aux bénéficiaires capables de donner une quittance valable à compter de 18 ans (19 ans dans les Territoires du Nord-Ouest).

Au Québec, les dispositions du Code civil s'appliquent. Il n'est donc pas nécessaire de désigner un fiduciaire, car la part de l'enfant est directement remise à son tuteur.

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE (SUITE)

PAIEMENT AU(X) BÉNÉFICIAIRE(S)

Sauf stipulation contraire du titulaire de la police, le capital-décès est versé comme suit :

1. au(x) premier(s) bénéficiaire(s). Si l'un des premiers bénéficiaires décède avant l'assuré, sa part est remise aux premiers bénéficiaires survivants;
2. si aucun premier bénéficiaire ne survit à l'assuré, au(x) bénéficiaire(s) subsidiaire(s);
3. si aucun bénéficiaire ne survit à l'assuré :
 - a. au titulaire de la police (s'il est vivant); sinon
 - b. à la succession du titulaire de la police.

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Désignation d'une succession comme bénéficiaire : Si le titulaire de la police est aussi l'assuré, indiquer simplement « succession » comme bénéficiaire désigné. Dans le cas contraire, si le bénéfice de l'assurance est destiné à la succession de l'assuré, il faut donner la précision nécessaire. Exemple : La succession de Jean Tremblay. En effet, la « succession » toute seule est assimilée à la « succession du titulaire de la police » (car c'est à lui que revient le droit de désigner un bénéficiaire). Si la « succession » est le premier bénéficiaire, il est inutile de désigner un bénéficiaire subsidiaire, car la succession prendra alors sa place.

Décès simultanés : Cette précision empêche qu'en cas de décès simultanés, le capital-décès de l'assuré n'entre dans le patrimoine de l'autre victime de l'accident. Exemple : Jean Tremblay, mon mari, s'il me survit pendant 30 jours. Si mon mari décède avant moi ou dans les 30 jours qui suivent mon décès, les sommes assurées sont payables à Julie Tremblay, ma fille.

Distribution par souche : Cette précision permet aux descendants d'un bénéficiaire de toucher sa part des sommes assurées si celui-ci meurt avant l'assuré. Selon cette formule, le capital d'un bénéficiaire qui décède avant l'assuré et qui laisse des descendants est réparti à parts égales parmi ses descendants, mais le capital d'un bénéficiaire qui décède avant l'assuré sans laisser de descendants est réparti à parts égales parmi les bénéficiaires restants. Exemple : « Richard Tremblay, mon fils, et Josée Tremblay, ma fille, en parts égales, par distribution par souche. » Cette désignation aurait l'effet suivant : si Josée Tremblay décède avant l'assuré et laisse un enfant, Julie, sa part est versée à Julie Tremblay, petite-fille.

Absence de désignation de bénéficiaire : Faute de désignation de bénéficiaire, le titulaire de la police (s'il est vivant) ou la succession du titulaire de la police est le bénéficiaire par défaut.