

À REMPLIR ET RETOURNER À
L'UNION INTERNATIONALE DES OPÉRATEURS-INGÉNIEURS - Local 905
204-5325 Jean-Talon Est, Saint-Léonard, Québec H1S 1L4

Important : ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

Numéro membre (7 chiffres)		No contrat : 85634
Nom :		Prénom : <input style="width: 45%;" type="text"/>
Adresse	<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Ville	Province : <input style="width: 20%;" type="text"/>	Code postal : <input style="width: 20%;" type="text"/>
Téléphone :	Cellulaire : <input style="width: 20%;" type="text"/>	
	Courriel : <input style="width: 60%;" type="text"/>	

Je, soussigné(e) désigne comme bénéficiaire (s) en cas de décès :

« Succession de l'adhérent » ou
 Le(s) bénéficiaire(s) spécifiques(s) suivant(s) :

Nom	Prénom	Lien de parenté	Pourcentage du capital
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> %
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> %
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> %

LE(S) BÉNÉFICIAIRE (S) NOMMÉ (S) CI-HAUT EST/SONT : **(Cochez une seule case)**

RÉVOCABLE : (peut être changé en tout temps)

IRRÉVOCABLE :

OU

***ATTENTION :** (ne peut pas être changé sauf si l'adhérent obtient le consentement écrit du bénéficiaire nommé de façon irrévocable)

Bénéficiaire subsidiaire

Vous pouvez désigner un (des) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) à l'égard de toute somme assurée aux termes du contrat d'assurance collective au cas où aucun des bénéficiaires principaux désignés ci-dessus ne vous survivrait. Dans ce cas, le(s) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) a (ont) automatiquement droit aux sommes assurées qui auraient été versées au(x) bénéficiaire(s) principal (principaux). Si vous désignez plus d'un bénéficiaire subsidiaire, les sommes assurées seront partagées en parts égales entre ces bénéficiaires. Si aucun bénéficiaire ne vous survit au moment de votre décès, les sommes assurées seront versées à votre succession.

Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Signature du membre
(L'adhérent)

Date