

Si vous avez un testament, il est recommandé de consulter un notaire ou un avocat afin de vous assurer que cette désignation de bénéficiaire à portée juridique n'entre pas en conflit avec ce testament.

Avant de remplir ce formulaire, veuillez consulter au verso les articles 52 et 53 du Règlement sur les régimes complémentaires d'avantages sociaux dans l'industrie de la construction (R-20, r.10).

MÉDIC CONSTRUCTION (Numéro de police 10 000)

Tous les champs doivent être remplis.

1. PARTICIPANT	
N° de client à la CCQ	N° de téléphone
Nom	Prénom

DÉSIGNATION ET RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE

(Si vous désirez nommer plus de deux bénéficiaires, veuillez faire une photocopie de ce formulaire)

Je, soussigné(e), révoque* par la présente toute désignation de bénéficiaire antérieure, s'il y a lieu, et désigne expressément comme bénéficiaire, la (les) personne(s) suivante(s) :

***Lorsque la désignation antérieure est irrévocable, la renonciation du bénéficiaire précédent doit obligatoirement être remplie (voir verso).**

2. BÉNÉFICIAIRE (Si vous avez plus d'un bénéficiaire, assurez-vous que le pourcentage total soit de 100 %)		
Nom	Prénom	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec le participant	Pourcentage % (facultatif)

3. BÉNÉFICIAIRE		
Nom	Prénom	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec le participant	Pourcentage % (facultatif)

La désignation de votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous indiquiez le contraire en cochant la case Bénéficiaire révocable ci dessous :

Bénéficiaire révocable

Je comprends que cette désignation sera utilisée seulement si mon assurance collective est toujours en vigueur au moment de mon décès.

4. SIGNATURE	
Signature du participant	Date de la signature (obligatoire) (AAAA-MM-JJ)

Veuillez retourner l'original de ce formulaire à l'adresse ci-dessous :

Commission de la construction du Québec
Section Retraite et assurance vie
C. P. 2500, succ. Chabanel
Montréal (Québec) H2N 0A9

RENONCIATION DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

Si vous avez désigné un bénéficiaire irrévocable antérieurement, vous devez lui faire remplir cette partie.

5. CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

Je, soussigné, renonce à mes droits à titre de bénéficiaire du Régime d'assurance du participant.

Signé à _____ le _____ Signé à _____ le _____

Signature du bénéficiaire irrévocable

Signature du témoin (autre que la personne désignée
à titre de nouveau bénéficiaire)

6. RÈGLEMENT SUR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES D'AVANTAGES SOCIAUX DANS L'INDUSTRIE DE LA CONSTRUCTION (ART. 52 ET 53)

52. La prestation forfaitaire prévue pour le décès d'un assuré est payable au bénéficiaire qu'il a désigné par écrit conformément aux articles 2445 à 2452 du Code civil du Québec; à défaut de désignation, la prestation est payable selon les dispositions testamentaires de l'assuré.

En l'absence de désignation de bénéficiaire et de dispositions testamentaires, la prestation est payable selon les dispositions de l'article 53.

Advenant que le bénéficiaire au présent formulaire vous prédécède et qu'aucune autre désignation n'ait été faite, la prestation de décès sera payable selon l'article 53 dudit règlement qui stipule ce qui suit :

53. La prestation forfaitaire prévue pour le décès d'un assuré est payable :

1. au conjoint qui lui survit ou, à défaut, aux enfants de l'assuré en parts égales entre eux;
2. à défaut de conjoint et d'enfants survivants, au père et à la mère de l'assuré en parts égales entre eux, ou à celui qui lui survit;
3. si aucune des personnes visées aux paragraphes 1 et 2 ne survit à l'assuré, elle est payable à une personne qui a effectué des dépenses pour le soutien, le traitement médical ou l'inhumation du défunt.

La prestation payable à un enfant mineur est versée pour lui au titulaire de l'autorité parentale à l'égard de cet enfant.

7. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

La version originale de ce formulaire est requise.

Si vous effectuez des corrections à même ce formulaire une fois rempli, veuillez ajouter vos initiales à côté de chaque modification.