

CONSENTEMENT AU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE*

Nom du client :

Certificate No.:

No de client / No de groupe :

Nom du participant :

Adresse électronique du participant :

Révocation de bénéficiaire IRRÉVOCABLE

Si votre désignation de bénéficiaire actuelle est irrévocable, le bénéficiaire désigné doit accepter de renoncer à ses droits en remplissant la section ci-dessous afin que vous puissiez changer votre désignation de bénéficiaire.

Je, soussigné, ayant été désigné comme bénéficiaire IRRÉVOCABLE des argents payables au décès de l'employé assuré en vertu de la police mentionnée plus haut renonce par les présentes à tous mes droits, titres et intérêts de quelque nature qu'ils soient dans cette police.

Je donne par le fait même mon consentement en ce qui a trait à tout changement de bénéficiaire portant sur la police précitée.

Je déclare être majeur.

Signé à :

Date (jj/mm/aa):

Signature du bénéficiaire :

Nom et prénom du bénéficiaire (en caractère d'imprimerie) :

Signature du témoin :

Date (jj/mm/aa):

Nom et prénom(s) du témoin (en caractère d'imprimerie) :

Le témoin ne peut pas être le nouveau bénéficiaire

J'autorise la compagnie d'assurance, ses agents et ses fournisseurs de service à utiliser et échanger les informations contenues sur ce formulaire afin de tarifier, administrer et payer des réclamations.

Signature de l'employé(e) :

Date (jj/mm/aa)

* Signifie que la désignation de bénéficiaire **ne peut être révoquée** (changée) sans son consentement écrit.