

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

INSTRUCTIONS

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

1. LE PARTICIPANT DOIT REMPLIR LA DÉCLARATION DU PARTICIPANT ET SIGNER AU BAS DE LA PAGE.
2. LE BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ DOIT REMPLIR LA SECTION RÉVOCATION DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE ET SIGNER.

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

DÉCLARATION DU PARTICIPANT

Nom du groupe

Nom(s) de famille du participant / Prénom(s) du participant / Initiale(s)

Adresse de courriel du participant

RÉVOCATION DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE*

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

SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE

NOM COMPLET DU BÉNÉFICIAIRE (Caractères d'imprimerie)

Date (j/m/aaaa)

SIGNATURE DU TÉMOIN Le témoin ne peut pas être le nouveau bénéficiaire.

NOM COMPLET DU TÉMOIN (Caractères d'imprimerie)

Date (j/m/aaaa)

DÉCLARATION ET AUTORISATION

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 DU PARTICIPANT

Date (j/m/aaaa)