

DÉCLARATION DE CHANGEMENTS RELATIFS AU(X) BÉNÉFICIAIRE(S)

SECTION 1 – INFORMATIONS GÉNÉRALES SUR L'ASSURÉ

N° contrat : _____ N° division : _____ N° d'identification : _____

Nom de l'assuré : _____ Prénom : _____

SECTION 2 – DÉCLARATION DE RENONCIATION AUX DROITS (Section obligatoire si le ou les anciens bénéficiaires avaient été désignés à titre irrévocable) JE SOUSSIGNÉ, AYANT ÉTÉ DÉSIGNÉ COMME BÉNÉFICIAIRE DES ARGENTS PAYABLES AU DÉCÈS DE L'EMPLOYÉ ASSURÉ EN VERTU DE LA POLICE DE GROUPE MENTIONNÉE PLUS HAUT, RENONCE PAR LES PRÉSENTES À TOUS MES DROITS ET INTÉRÊTS DE QUELQUE NATURE QU'ILS SOIENT DANS CETTE POLICE.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____

Signature du témoin

Signature de l'ancien bénéficiaire #1

Signature du témoin

Signature de l'ancien bénéficiaire #2 (si applicable)

Adresse du témoin

Adresse de l'ancien bénéficiaire #1

Adresse de l'ancien bénéficiaire #2

SECTION 3 - DESIGNATION DES NOUVEAUX BENEFICIAIRES EN ASSURANCE VIE

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable

Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable

Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable

Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ % Lien de parenté : _____ Révocable

Irrévocable

Sauf lors d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps sans son consentement. AU QUEBEC, LA DESIGNATION DE VOTRE CONJOINT COMME BENEFICIAIRE EST IRREVOCABLE SAUF INDICATION CONTRAIRE. Si vous désignez votre conjoint, NOUS VOUS RECOMMANDONS DE LE FAIRE A TITRE REVOCABLE afin de faciliter tout changement de bénéficiaire éventuel.

Signature du témoin

Date

Signature de l'employé assuré

Date

Adresse du témoin

Adresse de l'employé assuré

ACCUSÉ DE RÉCEPTION (RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'ASSUREUR)

La Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada accuse réception d'une copie des présentes déclarations, mais n'assume aucune responsabilité quant à leur effet, leur efficacité ou leur validité.

Pour la Compagnie d'Assurance-Vie Croix Bleue du Canada

Signature d'une personne autorisée : _____

Date : _____

REMPLISSEZ 2 COPIES DU PRÉSENT FORMULAIRE. ENVOYEZ L'UN DES 2 ORIGINAUX À L'ADRESSE CI-DESSOUS ET CONSERVEZ UNE COPIE POUR VOS DOSSIERS :

GROUPE FINACTION
72 RUE DE MARTIGNY OUEST,
SAINT-JÉRÔME (QUÉBEC) J7Y 2E9