

ÉMIS À _____ (ci-après appelé « l'employé assuré »)

EN VERTU DE LA POLICE DE GROUPE N° _____

DÉCLARATION DE RENONCIATION AUX DROITS

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, titres et intérêts de quelque nature qu'ils soient dans cette police.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature du témoin

Signature du bénéficiaire

Adresse

Adresse

DÉCLARATION DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Je, soussigné, l'employé assuré nommé plus haut, révoque par les présentes toute désignation antérieure de bénéficiaire(s) et désigne comme bénéficiaire(s) des argents payables à mon décès en vertu de la police de groupe mentionnée plus haut.

Prénom(s)

Nom de famille

Parenté

Âge

Révocable

Irrévocable

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature du témoin

Signature de l'employé assuré

Adresse

Adresse

ACCUSÉ DE RÉCEPTION

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

Date _____

Signature d'une personne autorisée

À être rempli en duplicata