



RÉVOCATION DES DROITS DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

S.V.P., postez le formulaire complété à l'adresse suivante:

Webs Inc

90 Allstate Parkway, Suite 202,
Markham, ON
L3R 6H3

Ce formulaire doit être complété par le bénéficiaire irrévocable actuel désigné qui accepte que sa désignation de bénéficiaire irrévocable soit révoquée. La désignation de bénéficiaire irrévocable ne peut être révoquée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable actuel.

Section à être complétée par l'employé(e):

Veuillez inclure vos informations personnelles afin que nous puissions vous aviser lorsque le changement est complété.

_____ - _____
Numéro et Nom de l'employé(e)

Numéro de téléphone ou courriel

Nom du bénéficiaire irrévocable actuel à révoquer – S.V.P. inscrire en lettres moulées

Section à être complétée par le bénéficiaire irrévocable actuel qui renonce à ses droits:

En signant ce formulaire, moi, _____, accepte de renoncer à ma désignation de bénéficiaire irrévocable et aux droits s'y rattachant concernant l'assurance de groupe de l'assuré mentionné ci-haut, pour les garanties d'assurance-vie et/ou de mort accidentelle et de démembrement.

X _____
Signature du bénéficiaire irrévocable qui accepte que sa désignation de bénéficiaire irrévocable soit révoquée

Date (mm/jj/aaaa)

X _____
Signature de l'employé(e)

Date (mm/jj/aaaa)