



REVOCACTION DES DROITS DE DESIGNATION DE BENEFICIAIRE IRREVOCABLE

Veillez S.V.P., postez le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

Le service d'administration des avantages sociaux
Produits forestiers Résolu
Casier Postal 69
Montréal QC H3C 2R5

Le formulaire doit être rempli par le bénéficiaire irrévocable actuel désigné qui accepte que sa désignation de bénéficiaire irrévocable soit révoquée. Celle-ci ne peut être révoquée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable actuel.

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

Veillez inclure vos informations personnelles afin que nous puissions vous aviser lorsque le changement sera fait.

Numéro d'employé(e)

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 remplie 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.

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

Date (jj/mm/aaaa)

Signature de l'employé(e)

Date (mm/jj/aaaa)