



# CDCS HEALTH CLAIMS INC.

58 Rue Lisgar., Suite 100, Sudbury, ON P3E 3L7 705-675-2222

Boîte Postal 156 Stn. "B", Sudbury, ON P3E 4N5 800-265-2327

## CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

INFORMATION SUR LE TITULAIRE DE CONTRAT:	
NOM DE L'EMPLOYEUR:	NO. DE GROUPE:
NOM DE L'EMPLOYÉ:	DATE EFFECTIVE:
NO. DE CERTIFICAT:	DIVISION:

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE:					
Le soussigné retire par ceci toutes les nominations précédentes de bénéficiaires et déclare qu'à sa mort, tout montant d'assurance sera payable à:					
BÉNÉFICE	%	BÉNÉFICIAIRE (DERNIER NOM, PREMIER NOM)	LIEN AVEC L'EMPLOYÉ	1 – Révocable 2 – Irrévocable	Si un enfant d'âge mineure, nom du tuteur

Noter Bien: L'employé est le bénéficiaire de l'assurance vie de ses personnes à charge à moins qu'autrement stipulé ou interdit par loi. La désignation de n'importe quel bénéficiaire est révocable. Si le bénéficiaire est irrévocable, son consentement est exigé pour changer le bénéficiaire. Au Québec la désignation de votre conjoint comme bénéficiaire est irrévocable sauf s'il y a avis du contraire

AUTHORISATION DE L'EMPLOYEUR		
NOM (Veuillez Imprimer)	SIGNATURE	DATE SIGNÉ (jj/mm/aaaa)