

DEMANDE DE CHANGEMENT DU BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ POLICE D'ASSURANCE-VIE

IMPORTANT: Remplissez et retournez cette demande à la Compagnie. Cette demande vise seulement le bénéficiaire nommé sur la police d'assurance vie indiquée ci-dessous et ne touche pas les désignations de bénéficiaires des autres polices que vous détenez. Cette demande ne sera pas en vigueur si la Compagnie la reçoit après le décès de l'assuré.

Nom complet de l'assuré M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE <input type="checkbox"/>	N° de police
Prénom Second prénom Nom de famille	
Propriétaire (Si autre que l'assuré) M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE <input type="checkbox"/>	N° de formule
Prénom Initiale Nom de famille	

Par la présente, je demande à la Compagnie d'assurance Combined d'Amérique / Combined Insurance Company of America de verser au bénéficiaire désigné ci-dessous les indemnités de décès de la police d'assurance vie mentionnée ci-dessus. Je révoque par la présente toutes les autres désignations de bénéficiaires désignés antérieurement.

Premier bénéficiaire M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE <input type="checkbox"/>	Lien avec l'assuré
Prénom Initiale Nom de famille	
Premier bénéficiaire M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE <input type="checkbox"/>	Lien avec l'assuré
Prénom Initiale Nom de famille	

Si le premier bénéficiaire décède avant l'assuré ou si aucun premier bénéficiaire n'est désigné, le bénéficiaire subsidiaire touchera les sommes assurées. Si le premier bénéficiaire et le subsidiaire décèdent tous les deux avant l'assuré ou si aucun bénéficiaire n'est désigné, le propriétaire touchera les sommes assurées. Si le propriétaire ne survit pas à l'assuré, les sommes assurées seront versées à la succession de l'assuré. Aux fins de la présente clause, une personne survit à l'assuré seulement si elle est vivante le 9^e jour après le décès de l'assuré.

Si plus de deux bénéficiaires, veuillez l'indiquer sur une page séparée.

Bénéficiaire subsidiaire M. <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE <input type="checkbox"/>	Lien avec l'assuré
Prénom Initiale Nom de famille	

Fait à _____ ce _____ jour de _____ 20_____

Signature du témoin: _____ <small style="text-align: center;">Nom en lettres moulées et signature</small>
Signature du propriétaire : _____
Signature du bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu : _____

À L'USAGE DU BUREAU CENTRAL SEULEMENT
La demande mentionnée ci-dessus a été reçue le _____ Par: _____

Ce changement prendra effet à la date à laquelle il sera reçu au siège social de Combined Assurances / Combined Insurance, à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance Combined d'Amérique / Combined Insurance Company of America
 Siège social canadien / Canadian Head Office : P.O. Box 3720, MIP, Markham (Ontario) L3R 0X5
 Téléphone / Telephone : 1 888 234-4466
 www.combined.ca
 Une compagnie de Chubb / A Chubb Company