

## DEMANDE DE CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE POLICE D'ASSURANCE VIE

Nom: \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

La présente fait suite à votre récente demande de changement de propriétaire en vertu de votre police d'assurance vie.

**IMPORTANT:** Remplissez et retournez ce formulaire à la Compagnie maintenant. La désignation de bénéficiaire de la police N'EST PAS visée par ce formulaire. Sur demande, la Compagnie fournira des formulaires de changement de bénéficiaire.

<b>NOM COMPLET DE L'ASSURÉ</b>	<b>N° DE POLICE</b>	<b>N° DE FORMULE</b>
--------------------------------	---------------------	----------------------

Par la présente, à titre de propriétaire actuel de la police d'assurance vie mentionnée ci-dessus, je souhaite effectuer les changements suivants (cochez l'une des deux cases) :

**CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE** - Je cède irrévocablement et transfère sans aucune exception, limitation ou restriction quelconque tous mes droits, titre et intérêt en vertu de la police d'assurance vie mentionnée ci-dessus, à la personne mentionnée ci-dessous.

**CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE SUBSIDIAIRE** - Je nomme propriétaire subsidiaire la personne mentionnée ci-dessous.

<b>NOM COMPLET DU NOUVEAU PROPRIÉTAIRE/PROPRIÉTAIRE SUBSIDIAIRE</b>			M. <input type="checkbox"/>	M <sup>ME</sup> <input type="checkbox"/>	M <sup>LLE</sup> <input type="checkbox"/>
Prénom	Initiales	Nom de famille			
<b>ADRESSE</b>					
Rue	Ville	Province	Code postal		
Numéro de téléphone					

Fait à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du nouveau propriétaire  
(en présence du propriétaire)

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire actuel

\_\_\_\_\_  
Nom du nouveau propriétaire en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Nom du propriétaire actuel en lettres moulées

Dès la réception de ce formulaire de changement de propriétaire rempli, une copie sera expédiée au nouveau propriétaire (si un propriétaire subsidiaire est désigné, une copie sera expédiée à cet individu, en plus du propriétaire actuel).

**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