

## DEMANDE DE CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE TEMPORAIRE PLATINE DE 10 ANS JUSQU'À L'ÂGE DE 85 ANS

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone du propriétaire: \_\_\_\_\_

La présente fait suite à votre récente demande de changement de propriétaire en vertu de votre police d'assurance vie souscrite par Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie/Chubb Life Insurance Company of Canada.

**IMPORTANT:** Remplissez et retournez ce formulaire à notre administrateur Combined Assurances/Combined Insurance, P.O. Box 3720, MIP, Markham (Ontario) L3R 0X5; Télécopieur: 905-305-8600. La Compagnie ne tiendra pas compte de l'avis de changement de propriétaire tant qu'elle n'aura pas reçu ce formulaire dûment rempli et signé à son siège social canadien.

**NOTE:** 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.

NOM COMPLET DE L'ASSURÉ N° 1	N° DE POLICE	N° DE FORMULE
NOM COMPLET DE L'ASSURÉ N° 2		

À titre de propriétaire actuel de la police d'assurance vie mentionnée ci-dessus, je désire faire le changement suivant (cochez l'une des deux cases) :

**CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE** - Par la présente, 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** - Par la présente, je nomme propriétaire subsidiaire la personne mentionnée ci-dessous.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
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 (notre administrateur), 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