

## DEMANDE DE CHANGEMENT DU BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ ASSURANCE VIE TEMPORAIRE DE 10 ANS JUSQU'À L'ÂGE DE 85 ANS

**IMPORTANT:** Cette police est souscrite par Chubb du Canada Compagnie d'Assurance-Vie (« Chubb-Vie »)/Chubb Life Insurance Company of Canada ("Chubb Life"). 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 nous la recevons 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 Chubb-Vie/Chubb Life 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.

### PERSONNE À ASSURER N° 1 - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

| Bénéficiaire                   | Province | Date de naissance<br>(MM/JJ/AAAA) | % part<br>Doit être égal à 100% | Relation avec la personne à<br>assurer n° 1 | Révocable                                   | Irrévocable                                 |
|--------------------------------|----------|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|---|
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |

Remplir la présente section si la personne à assurer n° 1 souhaite désigner un bénéficiaire subsidiaire au cas où il n'y aurait aucun bénéficiaire survivant au moment où la prestation de décès devient payable.

| Bénéficiaire subsidiaire       | Province | Date de naissance<br>(MM/JJ/AAAA) | % part<br>Doit être égal à 100% | Relation avec la personne à<br>assurer n° 1 | Révocable                                   | Irrévocable                                 |
|--------------------------------|----------|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|---|
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |

### PERSONNE À ASSURER N° 2 - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

| Bénéficiaire                   | Province | Date de naissance<br>(MM/JJ/AAAA) | % part<br>Doit être égal à 100% | Relation avec la personne à<br>assurer n° 2 | Révocable                                   | Irrévocable                                 |
|--------------------------------|----------|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|---|
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |

Remplir la présente section si la personne à assurer n° 2 souhaite désigner un bénéficiaire subsidiaire au cas où il n'y aurait aucun bénéficiaire survivant au moment où la prestation de décès devient payable.

| Bénéficiaire subsidiaire       | Province | Date de naissance<br>(MM/JJ/AAAA) | % part<br>Doit être égal à 100% | Relation avec la personne à<br>assurer n° 2 | Révocable                                   | Irrévocable                                 |
|--------------------------------|----------|-----------------------------------|---------------------------------|---|---|---|
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |
| Nom (prénom et nom de famille) |          |                                   |                                 |   | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales | <input type="checkbox"/> _____<br>Initiales |

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

|   |
|---|
| Signature du témoin : _____<br><i>Nom en lettres moulées et signature</i> |
| Signature du propriétaire : _____   |
| Signature du bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu : _____              |

|  |
|--|
| <b>À L'USAGE DU BUREAU CENTRAL SEULEMENT</b><br>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 (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