COMBINED ASSURANCES

COMBINED INSURANCE

DEMANDE DE CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE
POLICE ACCIDENT OU MALADIE

Nom : _____

Adresse :

Téléphone : _____

IMPORTANT : Remplissez et retournez ce formulaire à la Compagnie. 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	NUMÉRO DE POLICE	NUMÉRO DE FORMULE

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

☐ **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 indiquée ci-dessus, à la personne mentionnée ci-dessous.

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

NOM COMPLET DU NOUVEAU PROPRIÉTAIRE PROPRIÉTAIRE SUBSIDIAIRE M. ☐ M^ME ☐ M^LLE ☐ Prénom — Initiale du deuxième prénom — Nom de famille	LIEN ENTRE LE NOUVEAU PROPRIÉTAIRE ET L'ASSURÉ* TUTEUR LÉGAL* ☐ SOI ☐ CONJOINT ☐ GRAND-PARENT ☐ PARENT ☐ *Si c'est un lien de tuteur légal, les documents de nomination par la cour doivent être joints à la demande.
COORDONNÉES Rue — Ville — Province — Code postal	
Téléphone	

Fait à _____ ce _____ e 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 réception de ce formulaire de changement de propriétaire rempli, une copie sera expédiée au nouveau propriétaire. Si un propriétaire subsidiaire est désigné, ce dernier et le propriétaire actuel recevront une copie.

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

294630 (05/2017)