

## CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE POLICES ACCIDENT ET MALADIE

Tel que requis, voici une formule de changement de bénéficiaire désigné pour votre (vos) police(s). Veuillez remplir et retourner cette demande maintenant. Nous validerons le changement et nous vous enverrons une photocopie pour joindre à votre (vos) police(s). **SOUVENEZ-VOUS**; le bénéficiaire ne peut être changé tant que la Compagnie n'a pas validé cette formule et que la copie ne vous a pas été retournée.

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

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire désigné antérieurement pour le(s) numéro(s) de police suivant(s):**

N° de police					

### BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ

Je demande que toute somme payable à mon décès aux termes de ladite police soit versée au premier bénéficiaire (désigné ci-dessous) s'il est vivant au moment de mon décès. Si le premier bénéficiaire n'est pas vivant au moment de mon décès, les prestations doivent être versées au bénéficiaire subsidiaire désigné plus bas. Si le bénéficiaire subsidiaire n'est pas vivant au moment de mon décès, les prestations doivent être versées à ma succession. Je me réserve le droit de révoquer la présente désignation et de désigner un bénéficiaire différent.

Premier Bénéficiaire	Province	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Cocher la case si le bénéficiaire est mineur	% part Doit être égal à 100%	Relation avec la personne à assurer	Révocable	Irrévocable
Nom (prénom et nom de famille)			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> _____ Initiales	<input type="checkbox"/> _____ Initiales
Nom (prénom et nom de famille)			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> _____ Initiales	<input type="checkbox"/> _____ Initiales

Si le pourcentage total que vous avez indiqué est inférieur à 100 %, nous verserons les prestations conformément au pourcentage que vous avez inscrit. Le restant du pourcentage non attribué sera versé à votre succession. Si le total des pourcentages indiqués est supérieur à 100 %, nous réduirons proportionnellement les pourcentages indiqués entre les premiers bénéficiaires survivants tel qu'indiqué.

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

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

Suite à la page suivante ...

Bénéficiaire subsidiaire	Province	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Cocher la case si le bénéficiaire est mineur	% part Doit être égal à 100%	Relation avec la personne à assurer	Révocable	Irrévocable
Nom (prénom et nom de famille)			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> _____ Initiales	<input type="checkbox"/> _____ Initiales
Nom (prénom et nom de famille)			<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> _____ Initiales	<input type="checkbox"/> _____ Initiales

#### Fiduciaire

Tout paiement qui devient exigible pendant que le bénéficiaire est encore mineur\* doit être effectué au nom de \_\_\_\_\_ à titre de fiduciaire. Si aucun fiduciaire n'est désigné, le paiement sera fait conformément aux lois provinciales et fédérales qui s'appliquent au Canada, et pourrait devoir être versé à la cour.

**\*Par mineur, on entend un enfant qui n'a pas atteint l'âge de la majorité au sens de la législation provinciale applicable.**

**Québec seulement :** Si le bénéficiaire désigné ci-dessus est votre conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile, cette désignation est irrévocable à moins que la case Révocable ne soit cochée et paraphée. Au Québec, tout paiement qui devient exigible pendant que le bénéficiaire est encore un mineur sera payé à son ou ses parents (ou autre tuteur légal, le cas échéant). Si vous souhaitez qu'une autre personne administre la prestation de décès, assurez-vous de prévoir les dispositions nécessaires dans votre testament.

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

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

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu

\_\_\_\_\_  
(Signature du propriétaire)

Si l'assuré n'a pas l'âge légal, la formule de changement de bénéficiaire doit être signée par un parent ou un tuteur.

#### RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL

Cette demande a été reçue le \_\_\_\_\_ (Date : mm/jj/aaaa)

Reçue par : \_\_\_\_\_ (Nom)

**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