

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

PERSONNE À ASSURER N° 2 - DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

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

Fait à _____ ce _____ jour de _____ 20_____

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

À L'USAGE DU BUREAU CENTRAL SEULEMENT 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