

**DEMANDE DE CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE  
POLICE D'ASSURANCE VIE**

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

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Téléphone: \_\_\_\_\_

La présente fait suite à votre récente demande de changement de propriétaire en vertu de votre police d'assurance vie.

**IMPORTANT:** Remplissez et retournez ce formulaire à la Compagnie maintenant. 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.

<b>NOM COMPLET DE L'ASSURÉ</b>	<b>N° DE POLICE</b>	<b>N° DE FORMULE</b>
--------------------------------	---------------------	----------------------

Par la présente, à titre de propriétaire actuel de la police d'assurance vie mentionnée ci-dessus, je souhaite effectuer les changements suivants (cochez l'une des deux cases) :

**CHANGEMENT DE PROPRIÉTAIRE** - 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** - Je nomme propriétaire subsidiaire la personne mentionnée ci-dessous.

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

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

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

\_\_\_\_\_  
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, 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