



CHANGEMENT / DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ

DESCRIPTION DU CONTRAT

Police n° : Vie assurée :
Groupe n° : Certificat n° :

BÉNÉFICIAIRE(S) SUBROGÉ(S) ACTUEL(S) :

NOUVEAU(X) BÉNÉFICIAIRE(S) SUBROGÉ(S)

- Nom : _____ % Date de naissance : ____ / ____ / ____
Lien avec l'assuré : _____
Adresse complète : _____
- Nom : _____ % Date de naissance : ____ / ____ / ____
Lien avec l'assuré : _____
Adresse complète : _____
- Nom : _____ % Date de naissance : ____ / ____ / ____
Lien avec l'assuré : _____
Adresse complète : _____

Par la présente, je révoque la désignation du bénéficiaire actuel subrogé et je lui substitue celle du ou des nouveau(x) bénéficiaire(s), tel que décrit ci-dessus. **La désignation du bénéficiaire subrogé est toujours révocable.**

____ / ____ / ____
DATE

X _____
SIGNATURE D'UN TÉMOIN (AUTRE QUE LE BÉNÉFICIAIRE)

X _____
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE
(SI COMPAGNIE, SIGNATAIRE AUTORISÉ)

À L'USAGE DE LA COMPAGNIE

L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance, accuse réception de la présente demande, mais n'assume aucune responsabilité quant à la validité des changements ci-dessus.

Le _____ 20____ Enregistré par _____