

## FORMULAIRE DE MODIFICATION DE POLICE

Date : \_\_\_\_\_ N° de Police : \_\_\_\_\_

Personne assurée : \_\_\_\_\_ Titulaire de police : \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code Postal

Téléphone (domicile) : \_\_\_\_\_ Téléphone (affaires) : \_\_\_\_\_

*Nous désirons traiter votre demande rapidement et efficacement. Veuillez remplir les sections appropriées, signer, dater, faire signer par un témoin et nous remettre le formulaire.*

**1. Demande de changement du bénéficiaire** (inscrivez les noms au complet)  Révocable

Nouveau bénéficiaire : (indiquez la date de naissance et le lien de parenté)  Irrévocable

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté à la personne assurée : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté à la personne assurée : \_\_\_\_\_

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, les prestations de survivant sont payées en parts égales, à moins d'indication contraire. S'il n'y a pas de survivant, elles sont payées au bénéficiaire subsidiaire.

Un bénéficiaire est révocable à moins d'être désigné irrévocable (sauf au Québec où un époux est irrévocable à moins d'être désigné révocable)

Compte en fiducie : (joindre les documents pertinents)

Nouveau bénéficiaire subsidiaire :

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté à la personne assurée : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lien de parenté à la personne assurée : \_\_\_\_\_

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire subsidiaire, les prestations de survivant sont payées en parts égales, à moins d'indication contraire.

**Signature du bénéficiaire irrévocable (requis):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

**2. Demande de changement du Titulaire de police**

Nouveau titulaire de police: \_\_\_\_\_ Lien de parenté à la personne assurée : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code Postal

Signature du nouveau titulaire de police : \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

**Signature du bénéficiaire irrévocable (requis):** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Le bénéficiaire sera changé à la succession du nouveau titulaire de police à moins que la section ci-dessus sur le bénéficiaire soit remplie.

**3. Changement du nom:**  Personne assurée  Titulaire de police  Payeur

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
(inscrivez l'ancien nom en majuscule) (inscrivez le nouveau nom en majuscule)

Raison pour le changement : \_\_\_\_\_ Nouvelle signature : \_\_\_\_\_

Joindre les documents justificatifs (Par exemple, certificat de mariage)

**4. Changement de la modalité de paiement:**

Annuel  Semestriel  CPA mensuel (joindre un chèque annulé)

**Veillez noter : Le formulaire doit être signé par la personne indiquée et vous devez nous remettre.**

Personne assurée/Titulaire \_\_\_\_\_ Témoin : \_\_\_\_\_  
Ancienne signature s'il s'agit d'un changement de nom (Pas de lien de parenté)

Adresse (Personne assurée/Titulaire) : \_\_\_\_\_  
Rue Ville Province Code Postal

Daté à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_\_.

Nom de l'agent : \_\_\_\_\_ Numéro de l'agent : \_\_\_\_\_

**Inscrit au siège social de la Compagnie d'Assurance Vie PennCorp. PennCorp n'assume pas de responsabilité pour la validité ou la suffisance du bénéficiaire désigné.**

Réservé à  
l'administration : Inscrit par \_\_\_\_\_ Poste \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_