

Nom de la personne assurée

Prénom de la personne assurée

N° de contrat

☐ Je désire annuler le capital assuré non échangé.☐ Je désire conserver le capital assuré non échangé.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

Signature du preneur 1

X

Signature du preneur 2

Consentement du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant)

Je consens à la présente demande d'échange d'assurance individuelle faite par le preneur de ce contrat.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

Signature du bénéficiaire irrévocable 1

Nom du bénéficiaire irrévocable 1 (en caractères d'imprimerie)

X

Signature du bénéficiaire irrévocable 2

Nom du bénéficiaire irrévocable 2 (en caractères d'imprimerie)

Protection des renseignements personnelsBeneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au beneva.ca.