La Capitale

ÉCHANGE
ASSURANCE INDIVIDUELLE

Nom de la personne assurée

Prénom de la personne assurée

Nº de contrat :

☐ Je désire annuler le capital assuré non échangé.

☐ Je désire conserver le capital assuré non échangé.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

Signature du preneur 1

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 _____ .

Signature du bénéficiaire irrévocable 1

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

Signature du bénéficiaire irrévocable 2

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

La Capitale assureur de l'administration publique inc. (l'Assureur)
625, rue Jacques-Parizeau, Québec (Québec) G1R 2G5

IND231F (02-2020)