

FORMULAIRE DE CHANGEMENT (Changement de bénéfice)

Par la présente, je demande d'effectuer les changements suivants en accord avec les conditions de ma police et annulant toutes les dispositions antérieures:

ASSURÉ

Nom:

Prénom:

No Police :

Adhérent / Cessionnaire:

BÉNÉFICES	Ajouter	Supprimer	BÉNÉFICES	Ajouter	Supprimer
Exonération de prime			Child term		
Décès accidentel et Démembrement			Personnal Term		
Perte totale et irréversible d'autonomie			Additional Insured		

N.B S'il y a ajout de bénéfices, veuillez compléter le formulaire de déclaration d'assurabilité

N.B S'il y a ajout de bénéfices, veuillez compléter le formulaire de déclaration d'assurabilité

Le soussigné, accepte que cette application serve d'avenant à l'application originale et qu'elle fasse partie intégrante de la police et si la déclaration de l'assurabilité est requise, la période d'incontestabilité et de suicide dans les conditions de la police commence à nouveau à compter à partir de la date de ce changement. Il accepte aussi que s'il ne reçoit pas l'avis d'approbation de cette demande dans les soixante(60) jours après sa date, celle-ci est réputée avoir été refusée par la AIC. Une copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Fait à Port-au-Prince, le

Signature de l'assuré

Signature de l'adhérent

Signature de l'agent