

Assurance-accidents de voyage – demande de désignation de bénéficiaire

Formulaire à poster

Remarque : Vous ne pouvez pas envoyer ce formulaire par Internet, mais vous pouvez l'envoyer par la poste ou par télécopieur.

Directives :

Étape 1: Tapez au clavier les renseignements demandés et, pour passer d'un champ à l'autre, utilisez la touche de tabulation.

Étape 2: Imprimez le formulaire et signez-le.

Étape 3: Télécopiez le formulaire au 416-863-0359 ou postez-le à l'adresse suivante :

Diners Club — Assurance-accidents de voyage aérien

a/s de Chubb du Canada Compagnie d'Assurance

1, rue Adelaide Est, bureau 1600

Toronto (Ontario) M5C 2V9

Étape 4: Conservez une copie de cet important document.

Pour toute question concernant ce formulaire, composez le 1-800-337-2632.

CHUBB DU CANADA COMPAGNIE D'ASSURANCE (la « Compagnie »)

DEMANDE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DINERS CLUB

Instructions : Remplissez le présent formulaire et gardez-en une copie dans vos dossiers personnels.

Veillez faire parvenir le formulaire rempli à l'adresse suivante : Indiquez s'il s'agit de la première désignation d'un bénéficiaire.
Diners Club — Assurance-accidents de voyage aérien d'un changement de bénéficiaire
a/s Chubb du Canada Compagnie d'Assurance
1, rue Adelaide Est, bureau 1600
Toronto (Ontario) M5C 2V9

Nom du titulaire de la carte Diners Club _____ Numéro du compte _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Par la présente, je révoque toute désignation antérieure et désigne la ou les personnes mentionnées ci-dessous à titre de bénéficiaire(s) des sommes assurées aux termes de la police surmentionnée. Il est entendu et convenu que la présente désignation de bénéficiaire(s) s'applique au montant total de l'indemnité qui sera versée en cas d'accident mortel.

Signature de l'assuré

Date

X _____

__ JJ __ MM ____ AAAA

% _____ Nom du bénéficiaire _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

% _____ Nom du bénéficiaire _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

% _____ Nom du bénéficiaire _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

% _____ Nom du bénéficiaire _____ Lien de parenté _____

Adresse _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____