

À COMPLÉTER SEULEMENT SI MODIFICATIONS EN COURS D'ANNÉE

ASSURANCE-VIE, SALAIRE ET MALADIE GRAVE
(Complétez une feuille par actionnaire)

Nom de l'entreprise : _____

Date de fin d'exercice : _____

ASSURANCE-VIE

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

Preneur : _____

Payeur : _____

Personne assurée : _____

Montant mensuel prélevé : _____

Bénéficiaire : _____

Valeur de rachat : Oui _____ \$

Non

ASSURANCE-SALAIRE

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

Preneur : _____

Payeur : _____

Personne assurée : _____

Montant mensuel prélevé : _____

Bénéficiaire : _____

ASSURANCE-MALADIE GRAVE

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de contrat : _____

Preneur : _____

Payeur : _____

Personne assurée : _____

Montant mensuel prélevé : _____

Bénéficiaire : _____