

Assurance-santé personnelle – Changement ou correction de nom

Contrat numéro **037000** Numéro d'identification : _____

1. Changement ou correction de nom : (en lettres moulées)

Remplacer :	Par :
-------------	-------

2. Choisir la ou les options qui s'appliquent :

<input type="checkbox"/> propriétaire du contrat <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> personne à charge

3. Raison du changement ou de la correction :

Documents requis :

<input type="checkbox"/> Mariage	aucun
<input type="checkbox"/> Retour au nom de jeune fille	aucun
<input type="checkbox"/> Changement légal de nom	document(s) justificatif(s)
<input type="checkbox"/> Nom incorrect indiqué au dossier	certificat de naissance ou autre(s) document(s) justificatif(s)
<input type="checkbox"/> Nom communément utilisé	certificat de naissance
<input type="checkbox"/> Adoption	ordonnance d'adoption ou nouveau certificat de naissance

4. Signature et date :

Fait à	Ville	Province	Date (jj/mm/aaaa)
Signature du propriétaire du contrat X			

Envoyer le formulaire à :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Assurance-santé personnelle
227, rue King Sud
C.P. 1601, succursale Waterloo
Waterloo ON N2J 4C5
Télécopieur : 1 866 487-4745