

Assurance-santé personnelle – Changement d'adresse



Prénom du propriétaire (veuillez écrire en lettres moulées)		Nom du propriétaire (veuillez écrire en lettres moulées)	
Contrat 037000	Numéro d'identification		

Propriétaire du contrat

Adresse postale (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Numéro où nous pouvons vous joindre, si nécessaire : Numéro de téléphone à la maison		Numéro de téléphone au travail :	Heure de préférence pour appels :

Payeur de la prime

Adresse postale (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal
Numéro où nous pouvons vous joindre, si nécessaire : Numéro de téléphone à la maison		Numéro de téléphone au travail :	Heure de préférence pour appels :

NOTA : Le payeur de la prime doit également signer ce formulaire parce qu'un changement de la province de résidence pourrait donner lieu à un changement de régime et du montant de la prime à payer.

DÉCLARATION : En ma qualité de propriétaire du contrat, j'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, à faire la correction demandée. Je/nous (propriétaire et payeur de la prime) comprends/comprenons qu'un changement de la province de résidence du propriétaire du contrat pourrait donner lieu à un changement de régime et du montant de la prime à payer.

Fait à (ville)	Fait à (province)	Date (jj-mm-aaaa)
Signature du propriétaire X	Signature du payeur de la prime (si différent du propriétaire) X	

Envoyez le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

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

PHIADDRF

