L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

MUTUELLE

CHANGEMENT (NOM/ADRESSE)

☐ NOM

PAR SUITE :

☐ Erreur sur la demande d'assurance (1)
☐ Adoption légale (2)
☐ Changement légal (3)
☐ Autres (4)

☐ ADRESSE

Police nº : _____ Assuré(e) : _____

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____
No Rue App.

_____
Ville

_____
Province Code postal

Tél. rés. (___)_____ Tél. bur. (___)_____ Tél. cell. (____)_____

Adresse courriel _____

(1) Joindre un acte de naissance, passeport, permis de conduire ou carte d'assurance maladie
(2) Joindre un acte d'adoption légale
(3) Joindre un certificat de changement de nom
(4) Joindre document et donner les raisons

X _____
TÉMOIN

X _____
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

_____
DATE

FQC012 (17-01)