



## FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE

Pour soumettre votre changement d'adresse, imprimez ce formulaire, remplissez-le au complet et postez-le à notre administrateur:

Combined Assurances/Combined Insurance  
Att. : Service aux assurés  
P.O. Box 3720, MIP, Markham (Ontario) L3R 0X5  
Télécopieur: 905-305-8600

Si vous avez des questions, veuillez appeler de Service à la clientèle au 1 888 234-4466 durant les heures normales d'ouverture, de 8 h 00 à 19 h 00, heure normale de l'Est. Tout document posté par Combined Assurances/Combined Insurance sera expédié à l'adresse d'envoi actuelle indiquée dans notre dossier.

### **Renseignements personnels**

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom de famille : \_\_\_\_\_

Numéros de police : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

### **Ancienne adresse**

Numéro et rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. à la maison : \_\_\_\_\_ Tél. au travail : \_\_\_\_\_

Type d'adresse :      Résidentiel  Professionnel  Postal  Autre  \_\_\_\_\_

### **Nouvelle adresse**

Numéro et rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Tél. à la maison : \_\_\_\_\_ Tél. au travail : \_\_\_\_\_

Type d'adresse :      Résidentiel  Professionnel  Postal  Autre  \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du propriétaire en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire

**Ce changement prendra effet à la date à laquelle il sera reçu au siège social de Combined Assurances/  
Combined Insurance (notre administrateur), à l'adresse suivante :**

Compagnie d'assurance Combined d'Amérique / Combined Insurance Company of America  
Siège social canadien / Canadian Head Office : P.O. Box 3720, MIP, Markham (Ontario) L3R 0X5  
Téléphone / Telephone : 1 888 234-4466  
www.combined.ca

Une compagnie de Chubb / A Chubb Company