

DEMANDE DE CHANGEMENT DE NOM

Nom du propriétaire : _____

Adresse : _____

IMPORTANT : Veuillez joindre une copie de tout document de vérification légalement accepté de ce changement (exemple : certificat de naissance, permis de conduire, passeport, documents d'enrôlement ou de démobilisation, ou certificat de mariage).

Retournez ce formulaire rempli à notre administrateur à l'adresse ci-dessous :

Combined Assurances/Combined Insurance
Boîte postale 3720 MIP
Markham, Ontario, Canada L3R 0X5
Numéro de télécopieur : 905 305-8600

NOTE: La désignation de bénéficiaire de la police N'EST PAS visée par ce formulaire. Sur demande, la Compagnie fournira des formulaires de changement de bénéficiaire.

Numéro de police	Nom de la personne assurée (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)
Changer le nom du/de la : <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Propriétaire subsidiaire <input type="checkbox"/> Personne assurée <input type="checkbox"/> Personne à charge <input type="checkbox"/> Premier bénéficiaire <input type="checkbox"/> Bénéficiaire subsidiaire	
De	
À	
Raison du changement <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Adoption <input type="checkbox"/> Autre _____	
Date du changement (JJ/MM/AAAA)	

Daté à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature de la personne assurée X
Signature du propriétaire (si autre que la personne assurée) X

Ce changement prendra effet à la date à laquelle il sera reçu au siège social de Combined Assurances / Combined Insurance, 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