

Envoyer à :

Manuvie
500 King Street North
P.O. Box 1669
Waterloo Ontario N2J 4Z6
manuvie.ca

Nom du
Titulaire

Adresse

Demande de changement de nom

Si le nom ou le prénom d'une personne a changé :

- Remplir la section 3, Déclaration du conseiller;**ou**
- Fournir une copie du passeport, du permis de conduire, de l'acte de naissance, du certificat de mariage OU du certificat provincial de changement de nom.

Si le changement de nom vise une société ou autre organisation, fournir une copie :

- Du document Modification aux statuts constitutifs de l'entreprise;
- Des lettres patentes supplémentaires; **or**
- De tout document équivalent.

S'il y a des changements concernant les personnes exerçant un contrôle, les bénéficiaires effectifs ou les administrateurs, ou un changement dans les activités de la société, n'utilisez pas ce formulaire. Utilisez plutôt la *Demande de fusion d'entreprises ou de changement de dénomination sociale*, NN1730.

Ce formulaire n'est pas applicable à la fusion de sociétés. Utilisez plutôt la *Demande de fusion d'entreprises ou de changement de dénomination sociale*, NN1730F.

Pour le courrier de retour.
Veuillez inscrire le nom et l'adresse du titulaire
en caractères d'imprimerie

Vous, votre et vos renvoient au titulaire du contrat. *Nous, notre et nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie).

Si vous avez des questions sur la marche à suivre pour remplir le présent formulaire, veuillez communiquer avec votre conseiller ou avec notre Centre de service à la clientèle, au 1 888 626-8843 au Québec, ou au 1 888 626-8543 dans les autres provinces. À l'extérieur de l'Amérique du Nord, appelez-nous à frais virés au 519 747-6600. Pour obtenir des précisions, visitez manuvie.ca.

Si vous nous envoyez le formulaire rempli par télécopieur, veuillez conserver l'original.

L'assuré est la personne couverte par le contrat ou par une garantie complémentaire. Dans le cas des contrats de rente ou de placement, *l'assuré* est le *rentier*.

1 Changement apporté

Nous avons besoin de votre adresse de courriel pour communiquer avec vous au sujet de votre contrat. En nous fournissant votre adresse de courriel, vous consentez à recevoir également des communications concernant vos récompenses et des offres relatives à votre contrat, s'il y a lieu. Vous devez nous prévenir si votre adresse de courriel change. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en appelant au 1 888 MANUVIE (626-8843) au Québec ou au 1 888 MANULIFE (626-8543) à l'extérieur du Québec.

Numéro du contrat	Nom de l'assuré ou du rentier (prénom et nom de famille)		
Changer le nom	☐ De l'assuré	☐ Du titulaire	☐ de la société ou de l'organisation
	☐ Du premier bénéficiaire	☐ du bénéficiaire en sous-ordre (subrogé, au Québec)	
Ancien nom			
Prénom/Nom de la société		Initiale	Nom de famille
Nouveau nom			
Prénom/Nom de la société		Initiale	Nom de famille
Adresse de courriel			
Raison du changement	☐ Mariage	☐ Divorce	☐ Adoption ☐ Autre : _____
Date du changement (jj/mm/aaaa)			
Nom complet du conjoint (s'il s'agit d'un mariage)			

2 Signatures

Si le titulaire est une société par actions, nous exigeons :

- 2 signatures des signataires autorisés et titres
- ou
- 1 signature du signataire autorisé, titre et sceau de la société. Si la société n'a pas de sceau et que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société, en plus de signer le document, vous devez apposer vos initiales dans la case prévue à cet effet.

Nous recueillons, utilisons et divulguons les renseignements personnels fournis dans le but de traiter votre demande.

Nous divulguons vos renseignements personnels à nos employés, agents, représentants, institutions financières et autres parties avec lesquelles nous faisons affaire dans le cadre de l'émission et de l'administration de vos produits et services, maintenant et à l'avenir. De plus, nous divulguons vos informations personnelles aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces informations pour fournir leurs services pour nous (par exemple, le traitement des données, la programmation, le stockage des données et les agences d'enquête).

À moins qu'il n'y ait des restrictions contractuelles, vos renseignements personnels peuvent être consultés ou transférés au Canada ou à l'étranger et peuvent être assujettis aux lois de ces juridictions. Vous pouvez retirer votre consentement, sous réserve des restrictions légales et contractuelles. Vous avez également le droit d'accéder à vos renseignements personnels conservés dans nos dossiers et de les corriger. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez consulter notre [Politique de confidentialité canadienne](#) à l'adresse manuvie.ca ou nous envoyer un courriel à l'adresse Canada_Privacy@Manulife.ca.

Des questions ? Assurance: 1 888 626-8843 au Québec, ou au 1 888 626-8543 dans les autres provinces. À l'extérieur de l'Amérique du Nord, appelez-nous à frais virés au 519 747-6600.

Fait à

Date (jj/mm/aaaa)

Ancienne signature de la personne assurée ou rentière

X

Signature **actuelle** de la personne assurée ou rentière

X

Ancienne signature du titulaire de contrat (s'il ne s'agit pas de la personne assurée ou rentière)

X

Signature **actuelle** du titulaire de contrat (s'il ne s'agit pas de la personne assurée ou rentière)

X

Initiales

Apposez vos initiales ci-contre pour confirmer que vous êtes la seule personne autorisée à signer au nom de la société et que celle-ci ne possède pas de sceau. Vous devez également signer ci-dessus.

3 Déclaration du conseiller

Tous les champs doivent être remplis en entier.

En signant ci-dessous, vous, le conseiller, reconnaissez que :

- Vous avez examiné l'original des pièces d'identité produites et que ces documents étaient valides et non périmés;
- Votre connaissance, les renseignements fournis dans la présente sont à jour, exacts et complets.

Quelle pièce originale avez-vous examinée pour vérifier l'identité de cette personne?

☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Acte de naissance ☐ Certificat de mariage ☐ Autre : _____

N° de la pièce d'identité

Ressort de la délivrance

☐ Fédéral

☐ Provincial (indiquez la province ou le territoire) _____

Nom du conseiller

Code du conseiller

Code de la succursale

Signature du conseiller

X