

Adresse de correspondance – Demande de changement

Envoyez le formulaire dûment rempli par la poste ou par télécopieur à :

Au Québec

Manuvie
2000, rue Mansfield
bureau 1100
Montréal (Québec) H3A 2Z8
Télécopieur : 1 866 257-6207

Hors du Québec

Manulife
500 King St N
PO Box 1602 STN Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 4C6
Télécopieur : 1 866 257-6207

- *Vous, votre* et *vos* renvoient au titulaire de contrat ou de compte. *Nous, notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et à Banque Manuvie du Canada.
- Servez-vous du présent formulaire pour demander le changement de l'adresse de correspondance relative à plusieurs contrats ou comptes dont vous êtes le titulaire. N'utilisez pas ce formulaire dans le cas d'un changement d'adresse touchant un régime d'employeur (régimes de retraite ou d'avantages sociaux).
- Si vous nous envoyez le formulaire par télécopieur, veuillez conserver l'original.
- Si vous avez des questions au moment de remplir ce formulaire, communiquez avec votre conseiller ou notre Centre de service à la clientèle. Assurance : 1 888 626-8543 dans toutes les provinces, sauf au Québec, ou 1 888 626-8843 au Québec. De l'extérieur de l'Amérique du Nord, appelez-nous à frais virés au 416 687-4300. Placements : 1 888 790-4387 dans toutes les provinces, sauf au Québec, ou 1 800 355-6776 au Québec, pour les affaires en français. Banque : 1 877 765-2265. Pour obtenir des précisions, visitez manuvie.ca.

1 Renseignements sur le titulaire	Nom du titulaire de contrat/compte n° 1 (prénom et nom de famille)		N° de téléphone		
	Nom du titulaire de contrat/compte n° 2 (prénom et nom de famille)		N° de téléphone		
	Nom du titulaire de contrat/compte n° 3 (prénom et nom de famille)		N° de téléphone		
2 Changements demandés Veuillez indiquer l'ancienne adresse ainsi que la nouvelle adresse et préciser quels contrats ou quels comptes sont touchés par le changement. Le changement prendra effet à la date à laquelle nous recevons la demande et l'acceptons.	Ancienne adresse (numéro, rue et appartement)				
	Ville	Province	Pays	Code postal	
	Nouvelle adresse (numéro, rue et appartement)				
	Ville	Province	Pays	Code postal	
	Produit	Numéro de contrat/compte		Numéro d'identification (exigé pour l'assurance soins médicaux et soins dentaires)	
	Assurance				
Placement (contrats à fonds distincts, rentes immédiates ou contrats Compte à intérêt garanti)					
Banque					
3 Signature(s) Si le titulaire est une société par actions ou une autre personne morale, nous exigeons la signature de signataires autorisés, dûment nommés en vertu d'une résolution du conseil d'administration de la société ou d'un document similaire, OU, dans le cas d'un signataire unique, nous exigeons la signature de ce dernier de même que ses initiales attestant qu'il est la seule personne autorisée à signer au nom de la société. Si un conseiller/représentant de Manuvie autorise le changement en signant à la section 4, la signature du titulaire du contrat/compte peut ne pas être exigée. Un conseiller/représentant de Manuvie n'est pas habilité à autoriser des changements touchant un compte hypothécaire de la Banque Manuvie.	En signant ci-dessous, vous :				
	<ul style="list-style-type: none"> • nous autorisez à apporter les changements demandés dans le présent formulaire; • nous autorisez à communiquer les renseignements qui sont fournis dans le présent formulaire à nos filiales, s'il y a lieu; • consentez à ce que nous acceptions une télécopie du présent formulaire plutôt que l'original. 				
	Signature du titulaire de contrat/compte n° 1 (prénom et nom de famille)		Date (jj/mmmm/aaaa)		
	Signature du titulaire de contrat/compte n° 2 (prénom et nom de famille)		Date (jj/mmmm/aaaa)		
	Signature du titulaire de contrat/compte n° 3 (prénom et nom de famille)		Date (jj/mmmm/aaaa)		
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.				
4 Renseignements sur le conseiller/représentant	Nom du conseiller/représentant (prénom et nom de famille)		N° de courtier/succursale	Code du conseiller/représentant	
	Date à laquelle le titulaire du contrat/compte a donné ses instructions (jj/mmmm/aaaa)		Heure à laquelle le titulaire a donné ses instructions (00 h 00) <input type="radio"/> a.m. <input type="radio"/> p.m.		
	Signature du conseiller/représentant		N° de téléphone	Date de signature (jj/mmmm/aaaa)	