

**NUMÉRO(S) DE POLICE VISÉ(S) PAR LE PRÉSENT CHANGEMENT**

Je/nous demandons à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa de modifier l'information à ses dossiers afin de tenir compte du changement de nom suivant :

**DE (nom actuellement aux dossiers)****À (nouveau nom devant figurer aux dossiers)****MOTIF DU CHANGEMENT****DOCUMENTATION REQUISE (veuillez fournir la documentation pertinente)**

**S'il s'agit du changement de nom d'une personne** : photocopie du permis de conduire, du passeport, du certificat de mariage, du certificat de divorce.

**S'il s'agit d'un changement de dénomination sociale** : formulaire de changement de nom commercial légal déposé auprès du gouvernement en plus d'une lettre sur papier à en-tête de la société sur laquelle figure le nom de toutes les personnes ayant le pouvoir de signer, signée soit par le propriétaire, le président ou le chef de la direction de l'entreprise et datée des 12 derniers mois.

**CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels aux fins suivantes : prendre et garder contact avec moi; faire enquête sur les demandes d'indemnisation et verser les sommes payables; détecter et prévenir la fraude; proposer et fournir des produits et services pour répondre à mes besoins; établir des statistiques, et agir de la façon prescrite ou autorisée par la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organismes et fournisseurs de services suivants : les employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et les services de programmation, d'impression et de distribution postale; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; les personnes autorisées par la loi à consulter mes renseignements personnels. Ces personnes, organismes et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou à l'extérieur du Canada. Mes renseignements peuvent être partagés comme l'exigent les lois de ces autres provinces ou pays.

*Pour obtenir plus de détails sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, adressez-vous au bureau de la direction de Wawanesa Vie, au 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, ou consultez [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com).*

*Si vous avez des questions (y compris des questions concernant la collecte de renseignements personnels par Wawanesa Vie ou la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation des renseignements personnels, pour notre compte, par des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada) ou si vous souhaitez formuler une plainte au sujet de nos politiques ou procédures en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec la personne responsable de notre conformité en matière de protection des renseignements personnels : Responsable de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8.*

Veuillez lire le verso

**SIGNATURES – CHANGEMENT DE NOM D'UNE PERSONNE**

Je confirme avoir lu, compris et accepté les modalités de la section Consentement et divulgation à l'égard des renseignements personnels et du présent formulaire de changement de nom.

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document est aussi valide que l'original. Je reconnais avoir eu la l'occasion de solliciter des conseils juridiques.

\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature du ou des titulaires de police\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable**SIGNATURES – CHANGEMENT DE DÉNOMINATION SOCIALE**

Je confirme avoir lu, compris et accepté les modalités de la section Consentement et divulgation à l'égard des renseignements personnels et du présent formulaire de changement de nom.

Une photocopie ou une reproduction électronique du présent document est aussi valide que l'original. Je reconnais avoir eu la possibilité de solliciter des conseils juridiques.

\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Nom du titulaire de police en caractères d'imprimerie - entreprise\_\_\_\_\_  
Signataire autorisé\_\_\_\_\_  
Nom et titre du signataire autorisé (en caractères d'imprimerie)**À L'USAGE DU BUREAU  
DE LA DIRECTION SEULEMENT**

**VEUILLEZ RETOURNER LE PRÉSENT FORMULAIRE À L'ADRESSE SUIVANTE :**  
**La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main St, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8**  
Une copie approuvée du présent formulaire vous sera retournée lorsque nous aurons enregistré la modification.

**Si vous avez des questions ou avez besoin d'aide, n'hésitez pas à communiquer avec le service à la clientèle :**  
**TÉLÉPHONE : 1-800-263-6785    TÉLÉCOPIEUR : 1-888-985-3872    COURRIEL : lifecustserv@wawanesa.com**