

## FORMULAIRE DE CHANGEMENTS DE L'ADHÉRENT

Raison Sociale (Nom) :

No de Police :

Nom (Adhérent) :

Prénom (Adhérent) :

ID (Adhérent) :

NIF

No de Passeport

CIN

Code de l'adhérent :

### TYPE DE CHANGEMENTS DÉSIRÉS:

☐ Mise à jour Informations Personnelles

☐ Changement Date de Naissance

### MISE A JOUR INFORMATIONS PERSONNELLES DE L'ADHÉRENT

Nom :

Prénom :

ID :

NIF

No de Passeport

CIN

Sexe :

M

F

Adresse :

Département :

Ville :

Code Postale :

Téléphone :

E-mail :

### CHANGEMENT DE DATE DE NAISSANCE

Date de Naissance correcte :

JJ - MM - AAAA

### COMMENTAIRES MISE A JOUR

Veuillez préciser le motif de votre demande

Signature de l'Adhérent

Signature du Souscripteur

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je certifie et confirme que les informations fournies dans le cadre de ma demande ci-dessus sont exactes et complètes. Je comprends que toute fausse déclaration ou omission de ma part pourrait entraîner des conséquences graves, y compris la nullité du contrat d'assurance et le refus de prise en charge de mes réclamations.

Je m'engage à informer immédiatement mon assureur de tout changement concernant les informations fournies.

*Veillez imprimer le formulaire pour la signature et nous le transmettre physiquement au 3 rue Jean Gilles, Blvd Toussaint Louverture; ou par courrier électronique à [vie@aic.ht](mailto:vie@aic.ht).*

Fait à :

Le :

JJ - MM - AAAA

---

Signature de l'Adhérent

---

Signature du Souscripteur