

TYPE DE DEMANDE

Changement d'adresse

EXPEDITEUR

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Je suis preneur / assuré (biffer la mention inutile) du(des) contrat(s) suivant(s) :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veuillez par la présente prendre note de ma nouvelle adresse de résidence :

Rue / Avenue / Boulevard /  
(veuillez préciser) \_\_\_\_\_

Numéro \_\_\_\_\_

Boîte \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_

Localité \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Cette nouvelle adresse est valable à partir du  
pour l'ensemble des contrats  
mentionnés ci-dessus.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

Je renvoie ce document **signé**,

sous enveloppe à :

ou par e-mail à :

Delta Lloyd Life, avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles,  
info@deltalloydlife.be

accompagné d'une copie recto verso (lisible) de ma carte d'identité.

Pour toute question relative à cette demande, Delta Lloyd Life peut me joindre au  
numéro suivant : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Date :

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_