

## Attestation - Date de naissance

---

Police n° \_\_\_\_\_

J'atteste que la date de naissance de \_\_\_\_\_ est le 

Jour	Mois	An							

  
(nom de l'assuré/du crédientier)

tel que j'ai pu le constater après vérification de son

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Permis de conduire (Canada, E.U., G.B.)                             | numéro d'enregistrement _____                   |
| <input type="checkbox"/> Cert. de naissance (Canada, E.U., G.B.)                             | numéro d'enregistrement _____                   |
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance-maladie<br>(si la date de naissance est indiquée) | date d'expiration/numéro d'enregistrement _____ |
| <input type="checkbox"/> Passeport valide délivré par le Canada                              | date d'expiration _____                         |
| <input type="checkbox"/> Passeport valide d'un pays autre que le Canada                      | date d'expiration _____                         |
| <input type="checkbox"/> Certificat de naissance de l'hôpital                                | date de délivrance _____                        |
| <input type="checkbox"/> Certificat de baptême   | date de délivrance _____                        |
| <input type="checkbox"/> Carte d'attestation de la majorité                                  | date de délivrance _____                        |
| <input type="checkbox"/> Carte de statut d'Indien  | numéro d'enregistrement _____                   |
| <input type="checkbox"/> Citoyenneté canadienne  | numéro d'enregistrement _____                   |
| <input type="checkbox"/> Carte des forces armées   | numéro d'enregistrement _____                   |
| <input type="checkbox"/> Carte d'identité de la C.-B.  | numéro d'enregistrement _____                   |
| <input type="checkbox"/> Registre d'état civil au Québec                                     | numéro d'enregistrement _____                   |
| <input type="checkbox"/> Carte d'assurance-maladie de la C.-B.                               | numéro d'identification _____                   |
| <input type="checkbox"/> Carte de résident permanent   | date d'expiration/numéro d'identification _____ |

Si la date de naissance est inexacte et que l'âge a déjà été reconnu, veuillez nous envoyer une photocopie du document.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

Date 

Jour	Mois	An							

---

Produits établis par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie