

Changement demandé par l'employé participant

3542, boul. de la Concorde Est, bur. 107, Laval (Québec) H7E 4W1 - Tél. : 514 360-1111 | Tél. sans frais : 1 866 518-0633 | Téléc. : 514 316-3033

No de client Medic	* IMPORTANT - No de certificat Medic
---------------------------	---

Nom de l'employeur

Employé participant		
Nom de famille	Prénom	Téléphone

DATE D'EFFET DU CHANGEMENT DEMANDÉ :

Modification :	<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Protection actuelle / SANTÉ		
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale
<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Exempté	
Protection demandée / SANTÉ		
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale
<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Exempté	
Protection actuelle / DENTAIRE		
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale
<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Exempté	
Protection demandée / DENTAIRE		
<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale
<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Exempté	

Changement dans la protection d'une personne à charge : Ajout Retrait

Nom de famille	Prénom		
Relation : (Conjoint, enfant, autre)	Sexe (Masculin / Féminin)	Date de naissance	Âge
Nom de famille	Prénom		
Relation : (Conjoint, enfant, autre)	Sexe (Masculin / Féminin)	Date de naissance	Âge
Nom de famille	Prénom		
Relation : (Conjoint, enfant, autre)	Sexe (Masculin / Féminin)	Date de naissance	Âge

Raison du changement

<input type="checkbox"/> Mariage - Date de l'union :	<input type="checkbox"/> Union de fait - Date de cohabitation :
<input type="checkbox"/> Fin de l'assurance de mon conjoint.	Date :
Nom de l'assureur :	Numéro de police :
<input type="checkbox"/> Séparation / Divorce	Date :
<input type="checkbox"/> Autre :	

Exemption de garantie

Si vous ou les personnes à votre charge êtes déjà couverts par d'autres garanties collectives d'assurance maladie ou soins dentaires, vous pouvez refuser celle du contrat ci-dessus en cochant les cases appropriées:
Renonciation à l'assurance maladie complémentaire et/ou à l'assurance dentaire (droit de renonciation des conjoints)

Frais médicaux : Moi-même ET mes personnes à charge Mes personnes à charge seulement Autres _____

Frais dentaires : Moi-même ET mes personnes à charge Mes personnes à charge seulement Autres _____

Nom de l'assureur	Numéro de police	Frais médicaux	Frais dentaire	*Fournir une preuve du certificat d'assurance de l'autre assureur.
		<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	

J'accepte qu'une photocopie ou une copie électronique du présent formulaire de changement ait la même valeur que l'original.

Signature de l'employé participant	Signature de l'employeur
Date (jj/mm/aa)	Date (jj/mm/aa)