

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 : | Ajout | Retrait |
|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| Protection actuelle / SANTÉ | | |
| <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Monoparentale |
| <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Exempté | |
| Protection demandée / SANTÉ | | |
| <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Monoparentale |
| <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Exempté | |
| Protection actuelle / DENTAIRE | | |
| <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Monoparentale |
| <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Exempté | |
| Protection demandée / DENTAIRE | | |
| <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Monoparentale |
| <input type="checkbox"/> Couple | <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 | jj /mm /aa |
| Nom de famille | Prénom |
| Relation : (Conjoint, enfant, autre) | Sexe (Masculin / Féminin) |
| Date de naissance | jj /mm /aa |
| Nom de famille | Prénom |
| Relation : (Conjoint, enfant, autre) | Sexe (Masculin / Féminin) |
| Date de naissance | jj /mm /aa |

Raison du changement

Mariage-Date de l'union : Union de fait-Date de cohabitation :

Fin de l'assurance de mon conjoint. Date :

Nom de l'assureur : Numéro de police :

Séparation / Divorce Date :

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 charges Moi-même et mes personnes à charges Autres _____

Frais dentaires : Moi-même et mes personnes à charges Moi-même et mes personnes à charges Autres _____

| | | | | |
|--------------------|-------------------|--|--|---|
| Nom de l'assureur* | Numéro de police* | Frais médicaux | Frais dentaire | *Fournir une preuve du certificat d'assurance à votre employeur |
| | | <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) |