

Réservé à Medic Solutions

No client Medic

No certificat Medic

Nom de l'employeur

Employé participant		
Nom de famille	Prénom	Téléphone

DATE D'EFFET DU CHANGEMENT DEMANDÉ : (jj/mm/aaaa)					
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"/> Exemptée
Protection demandée / SANTÉ	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Exemptée
Protection actuelle / DENTAIRE	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Exemptée
Protection demandée / DENTAIRE	<input type="checkbox"/> Individuelle	<input type="checkbox"/> Familiale	<input type="checkbox"/> Monoparentale	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Exemptée

Changement dans la protection d'une personne à charge :			<input type="checkbox"/> Ajout	<input type="checkbox"/> Retrait
Nom de famille	Prénom			
Relation : (Conjoint, enfant, autre)	Sexe (Masculin / Féminin)	Date de naissance jj /mm /aaaa		
Nom de famille	Prénom			
Relation : (Conjoint, enfant, autre)	Sexe (Masculin / Féminin)	Date de naissance jj /mm /aaaa		
Nom de famille	Prénom			
Relation : (Conjoint, enfant, autre)	Sexe (Masculin / Féminin)	Date de naissance jj /mm /aaaa		

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 : (jj/mm/aaaa)
Nom de l'assureur :	Numéro de police :
<input type="checkbox"/> Séparation / Divorce	Date : (jj/mm/aaaa)
<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 charges	Mes personnes à charges seulement	<input type="checkbox"/> Autres _____	
Frais dentaires :	Moi-même et mes personnes à charges	Mes personnes à charges seulement	<input type="checkbox"/> Autres _____	
Nom de l'assureur*	Numéro de police*	Frais médicaux <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	Frais dentaire <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale	*Fournir une preuve du certificat d'assurance à votre employeur

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/aaaa)	Date (jj/mm/aaaa)