



Formulaire de modification de la garantie Accès assuré pour Éléments par Croix Bleue Medavie

RENSEIGNEMENTS SUR LE SOUSCRIPTEUR

Nom de famille _____ Prénom _____
Adresse (n° et rue) _____
Ville/Village _____ Province _____ Code postal _____
N° de téléphone (domicile) _____ N° de téléphone (travail) _____
N° de téléphone (autre) _____ Adresse électronique _____
Quel moyen de communication préférez-vous? Courriel Poste
Dans quel format souhaitez-vous recevoir votre contrat d'assurance? Électronique Papier

SUR VOTRE CARTE DE CROIX BLEUE MEDAVIE

N° de la police _____ N° d'identification _____

MODIFICATION DE LA COUVERTURE (cochez la case appropriée ci-dessous)

- Activer le régime personnel de soins de santé :**
Première fois - (Je n'ai jamais activé un régime personnel de soins de santé d'Accès assuré)
- Activer le régime personnel de soins de santé : Suivi - (J'ai déjà activé un régime personnel de soins de santé d'Accès assuré)**
- Date de fin du régime collectif de soins de santé : _____
- Pour les régimes collectifs de Croix Bleue Medavie :
Veuillez fournir votre
N° de police antérieur : _____
N° d'identification antérieur : _____
- Pour les régimes collectifs non fournis par Croix Bleue Medavie : Une confirmation écrite de la perte du régime est requise de l'employeur

- Mettre le régime personnel en attente et activer Accès assuré**
- Nom de l'employeur qui vous offre ou qui vous offrira le régime collectif de soins de santé

Date d'effet du régime collectif de soins de santé

J'ai un régime d'assurance collective, mais j'aimerais conserver les modules suivants :
 Maladies graves Hospitalisation au comptant Voyage
 Soins dentaires (Entrée) Soins dentaires (Essentiel)
 Soins dentaires (Étendue)
 J'aimerais retirer mes enfants de la garantie Soins dentaires.
- Est-ce que la modification s'applique à tous les adhérents? Oui Non
Sinon, nommez tous les adhérents touchés par la modification

DATE D'EFFET DE LA MODIFICATION

Date de modification _____
La couverture doit commencer le premier jour d'un mois. Votre régime antérieur sera mis en attente à la date demandée. La date de modification demandée est assujettie à l'approbation de Croix Bleue Medavie.

AUTORISATION DE MODIFICATION

J'atteste que tous les renseignements ci-dessus sont exacts et j'autorise par la présente Croix Bleue Medavie à procéder aux modifications indiquées dans ce formulaire.

Signature de l'adhérent (ou procuration) _____ Date _____

REMARQUE IMPORTANTE : Les paiements des primes et les dépôts liés aux demandes de règlement continueront d'être traités au moyen des renseignements bancaires au dossier. Veuillez informer Croix Bleue Medavie de tout changement à vos renseignements bancaires.

Cette section est réservée à l'usage des employés ou du conseiller approuvé de Croix Bleue Medavie.

Sélectionnez les garanties qui doivent être activées

ÉLÉMENTS PAR CROIX BLEUE MEDAVIE

Garantie soins de santé

- Entrée
- Essentiel
- Étendu
 - Voyage (**facultative pour les personnes de 65 ans et plus**)

Garantie médicaments sur ordonnance

- Essentiel
- Étendu

Garantie soins dentaires

- Entrée
- Essentiel
- Étendu
 - J'aimerais retirer mes enfants de la garantie Soins dentaires.

Couverture supplémentaire

- Module Accès assuré
- Hospitalisation au comptant
(Une sélection des risques pourrait être requise)
- Module des maladies graves
(Une sélection des risques pourrait être requise)

Signature autorisé(e) : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'AGENT (S'IL Y A LIEU)

En tant qu'agent de Croix Bleue Medavie, je confirme, par la présente, que j'ai signifié au demandeur l'importance de fournir des renseignements complets et exacts sur les questions traitées dans la présente demande et que toute fausse déclaration ou omission donne le droit à Croix Bleue Medavie d'annuler le contrat d'assurance et de refuser la couverture en vertu de la police. J'ai nommé l'entreprise ou les entreprises que je représente et signalé tout risque de conflit d'intérêts pouvant découler de la présente transaction. J'ai également mentionné que je pourrais toucher un salaire, une commission ou toute autre forme de rémunération pour la vente des produits d'assurance de l'entreprise.

Signature de l'agent Numéro de l'agent Numéro de téléphone de l'agent Numéro de télécopieur de l'agent

Nom de l'agent (en caractères d'imprimerie) Adresse électronique de l'agent

Adresse postale de l'agent

Commentaires de l'agent

