

○ CHANGEMENT À LA COUVERTURE

Type de couverture	✓ Ajouter	✓ Supprimer
<input type="radio"/> Soins de santé - Entrée		
<input type="radio"/> Soins de santé - Essentiel		
<input type="radio"/> Soins de santé - Étendu		
<input type="radio"/> Médicaments* - Essentiel		
<input type="radio"/> Médicaments* - Étendu		
<input type="radio"/> Soins dentaires - Entrée		
<input type="radio"/> Soins dentaires - Essentiel		
<input type="radio"/> Soins dentaires - Étendu		
<input type="radio"/> Maladies graves		
<input type="radio"/> Indemnité hospitalière		
<input type="radio"/> Accès assuré		
<input type="radio"/> Autres		

Un changement à la couverture peut nécessiter une évaluation par la sélection des risques.

Veillez sélectionner le(s) motif(s) du changement et compléter le tableau ci-dessous :

Ajouter/supprimer un membre de la famille

Modification de l'état civil

Date de mariage ou de cohabitation _____

Nota : si un conjoint ou une personne à charge est ajouté plus de 60 jours après la date d'admissibilité ou si vous ajoutez un conjoint de fait, veuillez soumettre une demande d'adhésion au régime personnel de soins de santé.

Modification du statut des personnes à charge

Prénom	Nom de famille	Sexe* H/F/I/PPR †	Date de naissance JJ MM AA	Étudiant à temps plein	A = Ajouter C = Changer S = Supprimer
Personne à assurer	O1				
Conjoint**	O2				
Enfant	O3				
Enfant	O4				
Enfant	O5				
Enfant	O6				

* Sexe : Homme/Femme/Personne intersexuée/Je préfère ne pas répondre - Pourquoi posons-nous la question? Certains problèmes de santé sont plus fréquents selon le sexe. Par conséquent, le sexe est utilisé pour évaluer votre couverture. Nous sommes conscients que votre sexe peut différer de votre identité de genre. † Sélectionnez l'option PPR si vous préférez ne pas répondre.

** Conjoint désigne une personne qui est mariée à l'adhérent ou qui vit une relation conjugale depuis au moins un an avec elle ou qui réside à la même adresse que cette personne.

Si vous ajoutez une personne à assurer, est-elle couverte par le régime public d'assurance maladie du Québec (RAMQ)? Oui Non

Si non, veuillez expliquer : _____

*Pour souscrire la garantie Médicaments, vous et toutes les personnes à charge nommés dans la présente doivent être couverts par le Régime public d'assurance médicaments (RPAM) administré par la RAMQ ou par un régime équivalent d'assurance collective.

○ ANNULATION DE LA POLICE OU CHANGEMENT DE L'ADHÉRENT

Demande de résiliation de la police

Si vous souhaitez résilier votre assurance, veuillez indiquer la raison à l'aide d'un ✓

Date (JJ/MM/AAAA)

Régime collectif de Croix Bleue Medavie

N° d'identification _____

Changement d'assureur (assurance individuelle)

Changement d'assureur (assurance collective)

Déménagement - Je n'ai plus besoin d'assurance

Décès - fournir l'adresse de la succession et la date du décès

Autre, veuillez expliquer _____

Changement de l'adhérent

Date d'entrée en vigueur _____ L'adhérent visé par ce numéro d'identification sera :

Nom : _____

Signature de l'adhérent initial : _____

COMMENTAIRES

AUTORISATION DE LA MODIFICATION

J'atteste par la présente que tous les renseignements contenus sur ce formulaire sont exacts et j'autorise Croix Bleue à apporter les changements à mon contrat conformément aux modifications demandées.

Signature de l'adhérent _____ Date _____