

● CHANGEMENT À LA COUVERTURE

Type de couverture	✓ Ajouter	✓ Supprimer
<input type="radio"/> Soins de santé Entrée, à 60 %		
<input type="radio"/> Soins de santé Essentiel, à 70 %		
<input type="radio"/> Soins de santé Étendu, à 80 %		
<input type="radio"/> Médicaments sur ordonnance Essentiel, à 70 %		
<input type="radio"/> Médicaments sur ordonnance Étendu, à 80 %		
<input type="radio"/> Soins dentaires Entrée, à 60 %		
<input type="radio"/> Soins dentaires Essentiel, à 70 %		
<input type="radio"/> Soins dentaires Étendu, à 80 %		
<input type="radio"/> Maladies graves		
<input type="radio"/> Indemnité hospitalière		
<input type="radio"/> Accès assuré		
<input type="radio"/> Autres		

* l'ajout de garanties peut nécessiter la sélection des risques

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				

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

*** 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.

Est-ce que vous-même et toutes les personnes charge nommés dans la présente êtes actuellement couverts par le régime d'assurance maladie du Québec (RAMQ)? Oui Non

Si non, veuillez expliquer : _____

● ANNULATION DE LA COUVERTURE OU CHANGEMENT DE LA PERSONNE À ASSURER

Demande de résiliation de la couverture

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

Date d'entrée en vigueur (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 la personne à assurer

Date d'entrée en vigueur _____ La personne à assurer visée par ce numéro d'identification sera :

Nom : _____

Signature de l'ancienne personne assurée : _____

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 la personne à assurer _____ Date _____