

ACCÈS ASSURÉ

AUJOURD'HUI EN PRÉVISION DE DEMAIN

Formulaire de modification de la garantie Accès assuré pour Santé complète

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À ASSURER

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 _____

Nous communiquerons avec vous par courriel. Votre police vous sera envoyée par courriel.

SUR VOTRE CARTE DE CROIX BLEUE

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 :

Veillez fournir votre

N° de police antérieur : _____

N° d'identification antérieur : _____

Pour les régimes collectifs non fournis par Croix Bleue :

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 garanties suivantes :

Maladies graves

Indemnité hospitalière

Voyage

Soins dentaires (Entrée)

Soins dentaires (Essentiel)

Soins dentaires (Étendu)

J'aimerais retirer mes enfants de la garantie Soins dentaires.

Est-ce que la modification s'applique à toutes les personnes à assurer? Oui Non

Si non, nommez toutes les personnes à assurer touchées 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.

AUTORISATION DE MODIFICATION

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

Signature de la personne à assurer _____ 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 de tout changement à vos renseignements bancaires.

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

Sélectionnez les garanties qui doivent être activées

SANTÉ COMPLÈTE

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.

Garanties supplémentaires

- Accès assuré
- Indemnité hospitalière
(Une sélection des risques pourrait être requise)
- Maladies graves
(Une sélection des risques pourrait être requise)

Signature autorisée : _____ Date : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE REPRÉSENTANT (s'il y a lieu)

En tant que représentant de Croix Bleue, je confirme, par la présente, que j'ai signifié à la personne à assurer 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 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 du représentant _____ Numéro du représentant _____

Numéro de téléphone du représentant _____ Numéro de télécopieur du représentant _____

Nom du représentant (en caractères d'imprimerie) _____ Adresse électronique du représentant _____

Adresse postale du représentant _____

Commentaires du représentant _____

