

DEMANDE DE SERVICE



2197, rue Sherbrooke Est, bureau 200, Montréal (Québec) H2K 1C8
 6700, boulevard Pierre-Bertrand, bureau 300, Québec (Québec) G2J 0B4
 Montréal : 514 871-1181 | Québec : 418 681-7785 | Sans frais : 1 877 371-1181
 Télécopieur | Montréal : 514 871-4943 | Sans frais : 1 877 871-4943
 info@medicassurance.ca | www.medicassurance.ca

Police

NOM DE L'ADHÉRENT	
Nom	Prénom

A. CHANGEMENT DE COORDONNÉES			
Adresse	Résidence	Bureau	Ville
Province	Code postal		Courriel
Téléphone (résidence)		Téléphone (bureau)	Téléphone (mobile)

B. CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE					
DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE	Date de naissance	%	Révocable	Irrévocable	Lien de parenté
Nom	Prénom	(jour / mois / année)			avec l'adhérent

Total (doit être égal à 100 %)

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE	Date de naissance	%	Révocable	Irrévocable	Lien de parenté
Nom	Prénom	(jour / mois / année)			avec l'adhérent

Total (doit être égal à 100 %)

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaire: _____

Lien du fiduciaire avec l'adhérent (e): _____

A moins d'avis contraire ou que cela ne soit pas permis par la loi, toute désignation de bénéficiaire est révocable à moins que vous ne spécifiez qu'elle soit irrévocable. Si un bénéficiaire est désigné à titre irrévocable, soyez avisé que son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire. Au Québec, la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est automatiquement irrévocable, à moins d'indication contraire, la police ne confère aucun droit aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès des bénéficiaires primaires.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT	
Je, soussigné déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrai au meilleur de ma connaissance, et j'autorise Médicassurance à effectuer les changements demandés.	
Signature de l'adhérent <small>(Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)</small>	Date de la signature (jour / mois / année)

NOM DE L'ADHÉRENT

Nom	Prénom
-----	--------

C. MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

CHANGEMENT À UNE PROTECTION:	Individuelle	Couple	Monoparentale	Familiale	Date effective: (jour / mois / année)
RAISON:	Naissance	Divorce	Mariage	Cohabitation	Date effective: (jour / mois / année)

			Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance: (jour / mois / année)
Conjoint(e)*	ajouter	retrait			F M	
Enfant	ajouter	retrait			F M	
Enfant	ajouter	retrait			F M	
Enfant	ajouter	retrait			F M	
Enfant	ajouter	retrait			F M	

D. COORDINATION DES PRESTATIONS

Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance maladie sous son propre régime d'assurance?	OUI	NON	Date effective: (jour / mois / année)
Si oui, est-ce une couverture d'assurance maladie :	Individuelle	Familiale	
Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance dentaire sous son propre régime d'assurance?	OUI	NON	Date effective: (jour / mois / année)
Si oui, est-ce une couverture d'assurance dentaire:	Individuelle	Familiale	
Nom de l'assureur du conjoint :	Numéro du contrat :		

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Je, soussigné déclare par la présente que tous les renseignements fournis dans ce formulaire sont vrai au meilleur de ma connaissance, et j'autorise MédicAssurance à effectuer les changements demandés.

Signature de l'adhérent

(Les signatures électroniques ne sont pas acceptées)

Date de la signature (jour / mois / année)