

IDENTIFICATION

Titulaire de police:

N° de groupe

Nom de l'employé(e)

N° de certificat

Prénom

Nom de famille

Ce formulaire doit être complété conjointement avec l'avis de changement pour s'assurer que tous les détails sur les personnes à charge soient fournis.

- L'autre couverture a pris fin. La couverture en vertu du régime d'assurance pour les soins de la santé, de la vue et/ou dentaires de Wawanesa a été renoncée précédemment.
 L'autre couverture demeure en vigueur. Une demande a été faite à La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa pour obtenir une couverture supplémentaire.

 Couverture requise pour : Assurance-maladie Prestations de soins de la vue Assurance Soins dentaires

Pour souscrire maintenant à ces couvertures, les renseignements suivants sont requis.

1. La raison pour laquelle l'employé ou la personne à charge n'est plus couvert en vertu d'une autre police d'assurance.

2. La date à laquelle l'autre couverture a cessé.

3. Le nom et l'adresse de l'employeur qui a fourni l'autre couverture (si couvert par un régime au travail).

4. Le nom de la compagnie d'assurance et le numéro de la police des autres régimes ou des régimes résiliés.

5. Les prestations que l'employé et/ou son conjoint recevait en vertu du régime résilié :

- Assurance-maladie Assurance Soins dentaires
 Prestations de soins de la vue Autre (énumérez) :

 Signature de l'employé(e)

 Date

Réservé au siège social

 Autre couverture résiliée/coordination des
 prestations mise à jour

Date: _____