

ÉTABLISSEMENT :	# CERTIFICAT :
NOM :	PRÉNOM :
ADRESSE :	
VILLE :	CODE POSTAL :

### AVIS DE CESSATION DE LA COUVERTURE

SOINS MÉDICAUX ET/OU SOINS DENTAIRES

#### A. Avis de cessation de la couverture

Veillez prendre note que moi et/ou mon conjoint ne sommes plus assurés par un autre régime collectif pour les protections suivantes depuis le \_\_\_\_ A| \_\_ M| \_\_ J| :

- Soins médicaux
- Soins dentaires

**Important : veuillez indiquer la raison de cette terminaison de la protection.**

- Cessation d'emploi.
- L'employeur n'offre plus de protection d'assurance collective pour la (les) garantie(s) indiquée(s) plus haut ou la (les) modifie.
- Je suis divorcé ou légalement séparé de mon conjoint.
- Mon conjoint est décédé.
- Modification dans le(s) régime(s).

Vous trouverez ci-joint une nouvelle fiche d'adhésion indiquant les protections que je désire à partir de la date de cessation de la couverture.

#### B. Preuve de la cessation de la couverture

Vous trouverez ci-joint une preuve écrite de la situation indiquée plus haut. Je m'engage à fournir au CADRE, sur demande, tout renseignement supplémentaire jugé nécessaire par ce dernier. Je comprends que l'assurance débutera :

- pour les soins médicaux, à la date à laquelle le CADRE recevra cet avis, ou à la date indiquée dans cet avis, si ultérieure;
- pour les soins dentaires, à la date à laquelle le CADRE recevra cet avis, si le présent avis a été reçu dans les 31 jours suivant la date de cessation de ma couverture ou celle de mon conjoint. Sinon, l'assurance ne débutera que le 1er janvier suivant, sauf si les personnes à charge sont automatiquement couvertes; la protection débutera alors à la date à laquelle le CADRE recevra cet avis.

#### C. Identification

Nom du conjoint :	N.A.S. :	Date : ____ A  __ M  __ J
Employeur du conjoint :		
Nom de l'employé :	N.A.S. :	
Signature de l'employé :		Date : ____ A  __ M  __ J
Autorisation <b>REQUISE</b> de mon employeur :		Date : ____ A  __ M  __ J

