

Formulaire d'ajout de personnes à charge

Renseignements sur l'assuré (e) principal (e)

Prénom et Nom :

Identification N° :

Police N° : 50176

Renseignements sur les personnes à charge

Prénom	Nom	Lien avec l'assuré	Date de naissance	Sexe	Étudiant à temps plein? Si oui, nom de l'établissement d'enseignement.
				F M	Non Oui :
				F M	Non Oui :
				F M	Non Oui :
				F M	Non Oui :

Vos enfants célibataires âgés de moins de 21 ans, ou de moins de 26 ans s'ils étudient à plein temps, répondent à la définition de personnes à charge. À noter que vos enfants ne sont pas admissibles s'ils travaillent plus de 30 heures par semaine, sauf s'ils étudient à plein temps.

Motif de la demande :	
Date d'entrée en vigueur :	

Protection d'assurance maladie antérieure

Assureur (ou RAMQ) :
N° de police (ou employeur) :
Date de terminaison :

Autorisation de débits préautorisés

Je comprends qu'un ajout de personnes à charge pourrait modifier la prime mensuelle prélevée. J'autorise Gestion VIGILIS à effectuer les nouveaux prélèvements.

Signature du membre _____ Date _____

Merci de remplir, signer et nous retourner ce formulaire par le biais de votre espace VIGILIS | Secure.