

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ (E) PRINCIPALE (E)

Prénom et Nom :

Identification N° :

Police N° : 48C00

## 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.