

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR ET LE MEMBRE DU PERSONNEL

No de police : _____ Nom du promoteur du régime : _____ No d'identification de la personne présentant la demande : WLI# _____

Nom de la personne participant au régime : _____

Nom de famille Prénom

Le présent formulaire doit être rempli conjointement avec le formulaire d'avis de changement pour que les renseignements fournis sur les personnes à charge soient complets.

La couverture auprès d'un autre assureur a pris fin. La couverture aux termes du régime de soins de santé, de soins de la vue et/ou de soins dentaires de Wawanesa Vie a fait l'objet d'une renonciation par le passé.
 La couverture auprès d'un autre assureur est toujours en vigueur. Une demande de couverture supplémentaire est présentée à Wawanesa Vie.

Couverture requise pour : Soins de santé Soins de la vue Soins dentaires

Les renseignements suivants sont obligatoires pour pouvoir demander la couverture à ce moment :

1. La raison pour laquelle la personne participant au régime et/ou les personnes à sa charge ne sont plus couvertes auprès d'un autre assureur.

2. La date à laquelle la couverture auprès d'un autre assureur a pris fin. _____

3. Le nom et l'adresse du promoteur du régime qui fournissait la couverture auprès d'un autre assureur (en cas de couverture au travail).

4. Le nom de la compagnie d'assurance et le numéro de police du ou des régimes résiliés ou offerts par un autre assureur.

5. Garanties offertes à la personne participant au régime et/ou à son conjoint aux termes du régime résilié :

Soins de santé	Soins dentaires	
Soins de la vue	Autres (veuillez énumérer):	_____

 Signature de la personne participant au régime Date

Réservé à l'usage du Bureau de la direction de Wawanesa	Résiliation de la couverture auprès d'un autre assureur/Mise à jour du changement de bénéficiaire	Date : _____
---	---	--------------