

**\*Le présent formulaire doit être rempli et acheminé à Croix Bleue Medavie de manière à ce qu'elle reçoive ce formulaire dans les 31 jours suivants la date de fin de couverture de votre assurance vie collective ou décès et mutilation par accident (c.-à-d. la date de la fin de votre emploi).**

À REMPLIR PAR LE DEMANDEUR					
Demandeur - Nom de famille		Prénom et initiales		Sexe	Date de naissance Année      Mois      Jour
Adresse				N° de téléphone (jour)	
Ville/Village			Province		Code postal
Courriel du demandeur					
Signature					Date
Montant que le demandeur souhaite convertir _____ \$			Montant que le(la) conjoint(e) souhaite convertir (maximum 12 000 \$) _____ \$		
Conjoint(e) (ou personne à charge principale*) - Nom de famille		Prénom et initiales		Sexe	Date de naissance Année      Mois      Jour
Adresse (si différente de celle du demandeur)				N° de téléphone (jour)	
Ville/Village			Province		Code postal

\*Conjoint(e) admissible ou, selon la législation qui s'applique, enfant admissible.

À REMPLIR PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME OU L'EMPLOYEUR - INFORMATIONS SUR LE RÉGIME ACTUEL						
Numéros de police <b>19800-000 et 19500-000</b>		Nom du groupe <b>PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK</b>			Type de régime : <input checked="" type="checkbox"/> Autoadministré	
Nom de l'employeur						
Nom de la personne qui remplit cette section					N° de téléphone	
Courriel						
Couverture de l'employé	Vie de base	Vie facultative	DMA de base	DMA facultative	DMA volontaire	Date d'effet de la couverture
<b>Demandeur</b>	\$	\$	\$	\$	\$	Année      Mois      Jour
<b>Assurance vie personne à charge (conjoint[e] seulement)</b>	\$	N/A	N/A	N/A	\$	<b>*Date de fin de l'assurance vie/DMA de l'assuré :</b>
						Année      Mois      Jour
Signature autorisée						

**Veillez soumettre cette demande à :**

**Croix Bleue Medavie**  
**644, rue Main C.P. 220 Moncton (N.-B.) E1C 8L3**  
**Téléphone : 1-866-493-2583 Télécopieur : 1-888-764-6444**  
**Courriel : Agents@medavie.croixbleue.ca**

