

***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 à la naissance		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 à la naissance		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 19800-000 et 19500-000		Nom du groupe PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK			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		
						Année	Mois	Jour
Demandeur	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____			
Assurance vie personne à charge (conjoint[e] seulement)	\$ _____	N/A	N/A	N/A	\$ _____	*Date de fin de l'assurance vie/DMA de l'assuré :		
						Année	Mois	Jour
Signature autorisée								

Veuillez 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