

Renonciation – soins de santé et dentaires

Formulaire de preuve d'autre couverture

Instructions

Remplissez ce formulaire si vous renoncez à la couverture de soins de santé et/ou dentaires ou à la couverture des personnes à charge parce qu'une autre couverture est en place. Joignez ce formulaire dans Workday avant de finaliser votre inscription.

Renseignements sur le membre

Nom du membre

Numéro d'employé

Votre demande

Sélectionnez tout ce qui s'applique :

Renoncer à ma couverture	Renoncer à la couverture des personnes à charge	
Couverture visée :	Soins de santé	Soins dentaires

Autre couverture

Nom du fournisseur

Numéro de police

Personnes à charge – couverture renoncée

À remplir si vous renoncez à la couverture des personnes à charge.

Nom	Lien de parenté	Fournisseur	Numéro de police
-----	-----------------	-------------	------------------

Attestation

Je comprends que la couverture de soins de santé et dentaires ne peut être renoncée que si une autre couverture est en place. Si je perds cette autre couverture, je dois faire une demande dans les 31 jours, sinon une preuve d'assurabilité (EOI) pourrait être exigée par Canada Vie. Je comprends que cette décision peut avoir une incidence sur mon admissibilité future.

Signature

En inscrivant mon nom ci-dessous, j'accepte les conditions de ce formulaire.

Nom (signature)

Date