

DEMANDE

Je, soussigné(e) _____
Nom du preneur en lettres moulées

désire résilier ma police d'assurance n° _____
Numéro de police

Signature du preneur

Date de signature

DATE D'EFFET DE L'ANNULATION

La date de prise d'effet de l'annulation sera établie comme suit :

- Si vos primes sont acquittées sur une base mensuelle, votre police d'assurance sera annulée à compter de la date jusqu'à laquelle elle est payée au moment de la réception du présent document signé.
- Si vos primes sont acquittées sur une base trimestrielle ou annuelle, l'annulation de votre police prendra effet à la date de réception du présent document signé.
Des frais administratifs pourraient s'appliquer.
Dans l'éventualité d'un trop-perçu, un remboursement vous sera émis par la suite.

COORDONNÉES

Les formulaires peuvent être transmis par la poste ou via notre site sécurisé.

Croix Bleue du Québec, Administration :

CP 1630, succ. B
Montréal (Québec) H3B 3L3
Service à la clientèle : 1 800 663-8149
Site sécurisé : qc.croixbleue.ca/depot



CANCELLATION REQUEST FORM

REQUEST

I, the undersigned _____
Hand-printed Policyholder's name

wish to cancel my insurance policy # _____
Policy number

Signature of Policyholder

Date of signature

CANCELLATION DATE

The effective date of cancellation will be determined as follows:

- For plans with a monthly premium, the cancellation will take effect on the date up to which the policy is paid-up at the time of reception of this document duly completed.
- For plans with a quarterly or annual premium, the cancellation will take effect at the reception of this document duly completed.
Administration fees may apply.
If an overpayment occurs, rest assured that reimbursement will be made shortly.

CONTACT INFORMATION

You may submit your form to our secure website or by regular mail.

Quebec Blue Cross, Administration:

PO Box 1630, STN B
Montreal QC H3B 3L3
Customer Service: 1-800-663-8149
Secure Website: qc.bluecross.ca/depot