

## Demande de modification



Nom :	Prénom :	Numéro de membre	Numéro du client :
-------	----------	------------------	--------------------

CHANGEMENT D'ADRESSE			
Adresse : <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Bureau	Tél. (bureau) : (    )	Tél. (résidence) : (    )	
	Courriel :		
Ville :	Province :	Code Postal :	

Les **ajouts, augmentations** et modifications de garanties ayant pour effet d'augmenter la responsabilité de l'assureur sont assujettis à des exigences médicales avant d'être acceptés. **Veillez communiquer avec nous au 514 350-5070 / 1 800 361-5303 pour en discuter**

**Je désire apporter les modifications suivantes à mon régime d'assurance:**

GARANTIES	DIMINUTION	ANNULATION
	INSCRIRE LE MONTANT TOTAL D'ASSURANCE DÉSIRÉ	INSCRIRE LA RAISON DE L'ANNULATION
Assurance vie / Membre		<input type="checkbox"/> Raison :
Assurance vie / Associé(e)		<input type="checkbox"/> Raison :
Assurance vie / Conjoint(e)		<input type="checkbox"/> Raison :
Assurance vie / Enfant(s)		<input type="checkbox"/> Raison :
Assurance accident / Membre		<input type="checkbox"/> Raison :
Assurance accident / Conjoint(e)		<input type="checkbox"/> Raison :
Assurance Maladies graves		<input type="checkbox"/> Raison :
Assurance frais de bureau		<input type="checkbox"/> Raison :
<b>Assurance invalidité</b>		<input type="checkbox"/> Raison :
Changement de la définition		
Option assurabilité garantie		<input type="checkbox"/> Raison :
Modification du délai de carence	30 jrs <input type="checkbox"/> 45 jrs <input type="checkbox"/> 90 jrs <input type="checkbox"/> 180 jrs <input type="checkbox"/>	
Modification de la période d'indemnisation	Jusqu'à l'âge de 65 ans <input type="checkbox"/> 70 ans <input type="checkbox"/>	

### Renonciation au privilège d'indexation des garanties d'assurance (si applicable)

	LE PRÉSENT RENOUVELLEMENT	POUR LES ANNÉES FUTURES
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance en cas d'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance frais de bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Retourner cette demande à :**  
**SOGEMEC ASSURANCES**, 2 Complexe Desjardins, CP 217, Succ. Desjardins, Montréal QC H5B 1G9  
 Courriel : [information@sogemec.qc.ca](mailto:information@sogemec.qc.ca) - Télécopieur : 514 350-5071  
**Pour plus de renseignements composer :**  
 Région de Montréal : (514) 350-5070 Autres régions : 1 (800) 361-5303