

### I - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI DEMANDE L'ANNULATION

Nom :	<input type="checkbox"/> payeur <input type="checkbox"/> assuré(e)
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	Tél. :
Si c'est le payeur qui demande l'annulation, <b>signature du payeur</b> : <b>X</b>	

### 2 - IDENTIFICATION DE LA PERSONNE ASSURÉE MÊME QUE CI-DESSUS OU :

Nom :	
Adresse :	
Ville :	
Code postal :	Tél. :
N° de dossier : _____ Produit(s) à annuler : <input type="checkbox"/> Complément + <input type="checkbox"/> Complément + 60 <input type="checkbox"/> AcciAide	

### 3 - RAISONS DE L'ANNULATION

- Proposition d'une autre compagnie d'assurance
- Assurance au travail
- Trop cher
- Payeur cesse de payer pour l'assuré(e)
- Autre — Précisez : \_\_\_\_\_

### 4 - DATE DE PRISE D'EFFET

La résiliation du contrat prendra effet :

- à la date de réception du présent formulaire au bureau de la SSJB de la Mauricie
- à la date de renouvellement de l'assurance

Notez que si l'annulation est demandée alors qu'un prélèvement automatisé, total ou partiel, est prévu pour le paiement de la prime, le formulaire de demande d'annulation devra nous parvenir **au minimum cinq (5) jours ouvrables avant** la date prévue pour le prélèvement.

### 5 - SIGNATURE DE LA PERSONNE ASSURÉE\*

JE, SOUSSIGNÉ(E), RENONCE AU(X) CONTRAT(S) D'ASSURANCE DÉTENU(S) À MON NOM À LA SOCIÉTÉ SAINT-JEAN-BAPTISTE DE LA MAURICIE.

X

Signature de la personne assurée ou du preneur si enfant mineur

Date (jj-mm-aaaa)

\* Dans le cas où la demande d'annulation est faite par le payeur, la personne assurée devra signer le présent formulaire. Si le payeur n'a pu obtenir la signature de la personne assurée, la SSJB de la Mauricie communiquera, dans la mesure du possible, avec cette dernière afin de savoir si elle désire conserver son (ses) contrat(s) d'assurance.

Veuillez retourner ce formulaire par la poste à :

052020