

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

Nous acceptons les formulaires transmis par télécopie, par courriel et par la poste.

Croix Bleue de l'Ontario, Administration :

CP 4434, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 3Y8
Service à la clientèle : 1 866 722-3444
Télécopieur : 1 877 788-8480
Courriel : bco.indhealth@ont.bluecross.ca



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 by fax, email or regular mail.

Ontario Blue Cross, Administration:

PO Box 4434, STN A
Toronto ON M5W 3Y8
Customer Service: 1-866-722-3444

FAX: 1-877-788-8480

Email: bco.indhealth@ont.bluecross.ca