

Formulaire d'annulation

Programme Koala

Assurances pour les services de garde de 9 enfants et moins

Prénom : _____ Nom : _____

Adresse : _____

Ville et code postal : _____

Téléphone: _____ Courriel : _____

Bureau coordonnateur (BC): _____

Raison de l'annulation du contrat d'assurance

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Assurée ailleurs | <input type="checkbox"/> Révocation
<i>Précisez :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Changement de carrière | <input type="checkbox"/> Suspension de reconnaissance
<i>Précisez :</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Retraite | <input type="checkbox"/> Autre,
<i>Précisez:</i> _____ |
| <input type="checkbox"/> Décès – <i>joindre le certificat de décès</i> | |
| <input type="checkbox"/> Devenue privée | |
| <input type="checkbox"/> Maternité | |
| <input type="checkbox"/> Maladie | |

Veuillez prendre note que vous devrez nous contacter pour adhérer de nouveau à l'assurance lors de la réouverture de votre service de garde.

Avez-vous une réclamation en cours de traitement? OUI NON

Je demande la résiliation complète de mon certificat « no de CLIENT : 09-_____. de ses avenants, de ses renouvellements s'il y a lieu.

Date de résiliation : _____.

VEUILLEZ PRENDRE NOTE QUE :

- ✓ La résiliation sera faite à la date ci-dessus;
- ✓ Si la date de résiliation est antérieure à plus de 30 jours, celle-ci sera effectuée à la date de réception du document.

Signature

Date

VEUILLEZ ACHEMINER CE FORMULAIRE DÛMENT COMPLÉTÉ
PAR LA POSTE, PAR COURRIEL OU TÉLÉCOPIEUR À L'ADRESSE SUIVANTE :

Regroupement des CPE Côte-Nord
810, rue Bossé, bur. 201, Baie-Comeau Qc G5C 1L6
Télécopieur : 418-295-1467, Courriel : assurances@rcpecn.com