

Formulaire de demande de changement

Ce formulaire de demande de changement doit être rempli et signé par le titulaire de la police lors de la demande d'une ou des modifications décrites ci-dessous. Veuillez compléter les sections applicables à votre (vos) changement(s) demandé(s).

Section A: Résilier son contrat

Section C: Ajouter ou annuler l'option dentaire / optique

Section B: Ajouter ou annuler un/des ayant-droit(s)

Section D: Ajouter ou annuler l'option maternité

Veuillez renvoyer ce document complété et toute correspondance à:

enrollment@wellaway.com

Pour toutes vos questions, appelez-nous au +1 441-296-0651

Information *Requis

Nom de l'assuré principal:	Date:
Date de changement souhaitée:	Numéro du contrat:
Date d'effet du contrat:	Courtier (si applicable):
Produit / Plan:	Email:

A. Résilier son contrat

Cochez la raison principale

Documents requis et dates d'effet

<p>Vous déménagez hors des États-Unis et vous n'êtes plus domicilié aux États-Unis. Veuillez contacter un conseiller ConciergeCare pour plus d'informations concernant nos autres produits.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents attestant de la résiliation anticipée du contrat • La date d'entrée en vigueur sera le premier jour du mois suivant
<p>Vous ne répondez plus aux critères d'éligibilité de votre contrat.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Documents attestant de la résiliation anticipée du contrat • La date d'entrée en vigueur sera le premier jour du mois suivant
<p>Vous souhaitez résilier votre contrat. La demande de résiliation est soumise aux termes et conditions générales de votre contrat</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Raison de la résiliation du contrat

C. Ajouter ou annuler l'option dentaire ou optique

L'éligibilité est déterminée par votre contrat actuel. Veuillez contacter un conseiller ConciergeCare pour obtenir des informations concernant les critères d'éligibilité. Les options dentaire, optique et maternité ne peuvent être achetées séparément. Les options ne seront disponibles que lors du paiement de la prime supplémentaire.

Couverture dentaire uniquement

Non disponible en tant que régime autonome (Tarifs mensuels supplémentaires).

Ajouter	Nom de l'assuré:	Date d'effet souhaitée (mm/jj/aaaa)
Je souhaite annuler ma couverture dentaire à compter de la date de renouvellement de mon contrat. (Si vous annulez cette option, elle sera annulée pour toutes les personnes couvertes).		

Couverture dentaire et optique

Non disponible en tant que régime autonome (Tarifs mensuels supplémentaires).

Ajouter	Nom de l'assuré:	Date d'effet souhaitée (mm/jj/aaaa)
Je souhaite annuler ma couverture dentaire et optique à compter de la date de renouvellement de mon contrat (Si vous annulez cette option, elle sera annulée pour toutes les personnes couvertes).		

D. Ajouter ou annuler l'option Maternité (OneWorld ou ORBE uniquement)

WellAway offre une option de « Couverture Maternité Globale » au titulaire de la police ou à son conjoint qui n'est PAS enceinte au moment de l'inscription. L'âge minimum pour de qualification pour cette option est de 18 ans, et les épouses légalement mariées de moins de 18 ans peuvent être considérées (sous réserve préalable de l'approbation écrite de WellAway Limited). L'option « Couverture Maternité Globale » est assujettie à la franchise et à la coassurance énoncées dans votre Sommaire de Garanties.

Option OneWorld / ORBE non disponible en tant que régime autonome (Soumis à un délai de carence)

Ajouter	Nom de l'assuré:	Date d'effet souhaitée (mm/jj/aaaa)
Je souhaite annuler ma couverture maternité à compter de la date de renouvellement de mon contrat.		

Je confirme avoir fait la demande des modifications ci-dessus dans mon contrat d'assurance existant à compter de la date d'effet comme indiquée dans les termes et conditions du contrat. De plus, je comprends que l'ajout ou la résiliation des options complémentaires entrainera une modification de ma prime mensuelle. J'autorise WellAway Limited à débiter ma carte de débit/ crédit pour tout paiement de prime supplémentaire.

Important : Ce formulaire DOIT être complété et signé par l'assuré.

Signature de l'assuré

Date (mm/jj/aaaa)