

FORMULAIRE DE CHANGEMENT ET DE MOUVEMENT DU PERSONNEL

Nom du détenteur : _____

Numéro de la Police: _____

Par la présente, j'autorise la AIC /MÉDICARTE à effectuer les modifications suivantes dans la police sus-mentionnés à partir du

1er: _____

<i>Cessation</i>	
<i>Nom</i>	<i>Plan/Cat</i>

<i>Changement</i>			
<i>Plan</i>			<i>Remarques</i>
<i>Nom</i>	<i>Nouveau plan</i>	<i>Ancien plan</i>	

Fait à : _____

Date : _____

Signature de l'employeur : _____

N.B: Tous les changements sont reçus jusqu'au 25 du mois en cours pour la facture du mois suivant.