



# Formulaire de Changements Collectifs



## Partie 1: Réservée aux Responsables de groupe

**Ce formulaire est complété pour un :**                      Changement de Plan                      Cessation

**Nom du détenteur de la Police :**

**No de la Police :**

## Partie 2: Demande de Changement de Plan

Nom et Prénom	Ancien Plan	Nouveau Plan
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		
<i>Nom</i> <i>Prénom</i>		

### Partie 3: Demande de Cessation

Nom et Prénom		Date de Naissance		
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA
Nom				
Prénom		JJ	MM	AAAA

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

1er

MM      AAAA

Fait à :

Date :

JJ      MM      AAAA

Signature de l'employeur : \_\_\_\_\_

**N.B: Les changements pour un mois sont reçus jusqu'au 25 du mois précédent. Passé le 25 du mois, tout changement sera effectif le mois suivant.**

**Veuillez imprimer le formulaire pour la signature et nous le transmettre physiquement au 3 rue Jean Gilles, Blvd Toussaint Louverture; ou par courrier électronique à sante@aic.ht.**