



#### 4. INVALIDITÉ

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent invalide	Date du début de l'invalidité			CAT/WCB/ CSSIAT/ CSPAAT	RHDSC ASS. EMPLOI	Indemnisation sans égard à la responsabilité
		AA	MM	JJ			
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 5. CHANGEMENT DE NOM

N° de certificat	Ancien nom et prénom de l'adhérent	Nouveau nom	Raison

#### 6. CHANGEMENT DE COMPTE

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			Ancien compte	Nouveau compte
		AA	MM	JJ		

#### 7. CHANGEMENT DE CATÉGORIE

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			Ancienne catégorie	Nouvelle catégorie
		AA	MM	JJ		

#### 8. CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			De	À
		AA	MM	JJ		

#### 9. CHANGEMENT D'ADRESSE OU NOUVEAU RESPONSABLE CHEZ LE PRENEUR

**Nouvelle adresse**     Pour les facturations     Pour les chèques de prestations

Nom du preneur		Numéro de contrat		Numéro de compte	
Numéro                      Rue		Étage / Bureau n°			
Ville		Province		Code postal	

**Nouveau responsable chez le preneur**     Pour les facturations     Pour les chèques de prestations

Nom du preneur		Numéro de contrat		Numéro de compte	
Nom du nouveau responsable		Téléphone (      )		Télécopieur (      )	
Numéro                      Rue		Étage / Bureau n°			
Ville		Province		Code postal	

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne autorisée

\_\_\_\_\_  
Date