

# Demande de modification



Corporation  
de service des notaires  
du Québec

Nom :	Prénom :	Numéro de notaire	Numéro du client :
-------	----------	-------------------	--------------------

### CHANGEMENT D'ADRESSE

Adresse : <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Bureau	Tél. (bureau) : (    )	Tél. (résidence) : (    )
	Courriel :	
Ville :	Province :	Code Postal :

Les ajouts, augmentations et modifications de garanties ayant pour effet d'augmenter la responsabilité de l'assureur sont assujettis à des exigences médicales avant d'être acceptés. **Les formulaires sont disponibles dans la section « formulaires » de notre site Internet à l'adresse [sogemec.qc.ca](http://sogemec.qc.ca) ou en communiquant avec nous au 514 350-5070 / 1 800 361-5303**

**Je désire apporter les modifications suivantes à mon régime d'assurance E316 :**

GARANTIES	DIMINUTION	ANNULATION
	INSCRIRE LE MONTANT TOTAL D'ASSURANCE DÉSIRÉ	Inscrire la raison de l'annulation
Assurance-vie / Membre		<input type="checkbox"/> raison :
Assurance-vie / Conjoint(e)		<input type="checkbox"/> raison :
Assurance-vie / Enfant(s)		<input type="checkbox"/> raison :
Assurance-accident / Membre		<input type="checkbox"/> raison :
Assurance-accident / Conjoint(e)		<input type="checkbox"/> raison :
Assurance-accident / Enfant(s)		<input type="checkbox"/> raison :
Assurance frais de bureau		<input type="checkbox"/> raison :
Assurance invalidité Modification du délai de carence	30 jrs <input type="checkbox"/> 60 jrs <input type="checkbox"/> 90 jrs <input type="checkbox"/> 180 jrs <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> raison :

### Renonciation au privilège d'indexation des garanties d'assurance

	ANNÉE COURANTE	POUR LES ANNÉES FUTURES
Assurance vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance en cas d'accident	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance invalidité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurance frais de bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature de l'adhérent : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Retourner cette demande à :*

**SOGEMEC ASSURANCES**, 2 Complexe Desjardins, CP 217, Succ. Desjardins, Montréal QC H5B 1G9  
par courriel à : [information@sogemec.qc.ca](mailto:information@sogemec.qc.ca) ou par télécopieur au 514 350-5071

**Pour plus de renseignements composer :**

Région de Montréal : 514 350-5070 Autres régions : 1 800 361-5303