

Vous disposez de dix (10) jours suivant la lettre d'acceptation de l'assureur pour annuler votre adhésion à la police Parcours assurance santé^{MD} **et obtenir le remboursement de vos primes.** Vous devez retourner le présent formulaire à l'assureur à l'intérieur de ce délai.

Après l'expiration de ce délai, vous avez la possibilité de mettre fin à votre police en tout temps, mais aucune prime ne sera remboursée pour la période précédant votre demande.

AVIS DE RÉSOLUTION

À : DESJARDINS ASSURANCES

Date : _____ (date d'envoi de cet avis)

Je désire annuler ma police Parcours assurance santé.

Nom de l'adhérent : _____

Numéro de contrat : **E888** _____

Numéro de certificat : _____

Signé à : _____ Signature de l'adhérent : _____

**Veillez retourner l'original à : Desjardins Assurances, C. P. 3000, Lévis (Québec) G6V 9X8
et en conserver une copie pour vos dossiers.**