

4. INVALIDITÉ

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent invalide	Date du début de l'invalidité			CSST	RHDSC ASS. EMPLOI	SAAQ
		AAAA	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 – Veuillez transmettre à l'Association d'assurances du Barreau canadien une copie de deux pièces d'identité émises par un gouvernement, comme un passeport, un permis de conduire ou une carte d'assurance sociale. Les cartes d'assurance maladie ne sont pas acceptées.

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
		AAAA	MM	JJ		

7. CHANGEMENT DE CATÉGORIE

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

8. CHANGEMENT DE PROVINCE DE RÉSIDENCE

N° de certificat	Nom et prénom de l'adhérent	Date d'entrée en vigueur			De	À
		AAAA	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 du responsable chez le preneur

Date

Veuillez retourner l'original à l'Association d'assurances du Barreau canadien.