

**FORMULAIRE
DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR****DEMANDE**

Je, soussigné(e) _____
Nom du preneur en lettres moulées

demande la remise en vigueur de ma police d'assurance n° _____
Numéro de police

En signant la présente, je comprends et accepte que cette demande n'offre aucune garantie de remise en vigueur et qu'elle peut être sujette à l'étude de la Sélection des risques.

Aussi, je comprends et accepte que toutes primes dues doivent être acquittées pour que la police puisse être remise en vigueur.

Signature du preneur

Date de signature

COORDONNÉES

Nous acceptons les formulaires transmis par télécopie, par courriel et par la poste.

Croix Bleue de l'Ontario, Administration :

CP 4434, succursale A
Toronto (Ontario) M5W 3Y8
Service à la clientèle : 1 866 722-3444
Télécopieur : 1 877 788-8480
Courriel : bco.indhealth@ont.bluecross.ca



REINSTATEMENT REQUEST FORM

REQUEST

I, the undersigned _____
Hand-printed Policyholder's name

wish to reinstate my insurance policy # _____
Policy number

By signing the present form, I understand and accept that this request offers no guarantee and that reinstatement may be subject to Underwriting approval.

Furthermore, I understand and agree that all premiums due must be settled in order for the policy to be reinstated.

Signature of Policyholder

Date of signature

CONTACT INFORMATION

You may submit your form by fax, email or regular mail.

Ontario Blue Cross, Administration:

PO Box 4434, STN A
Toronto ON M5W 3Y8
Customer Service: 1-866-722-3444

FAX: 1-877-788-8480

Email: bco.indhealth@ont.bluecross.ca