

Vous disposez de dix (10) jours suivant la lettre d'acceptation de l'assureur pour annuler votre adhésion à la police Parcours assurance santé<sup>MD</sup> **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.**