



D E M A N D E D E M O D I F I C A T I O N



À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Nom de l'entreprise _____ N° d'entreprise _____

Nom de l'employé _____ N° de certificat _____

Terminer l'assurance de l'employé Départ de l'employé _____
 Autre raison (spécifier) _____

Dernier jour de travail (JJ/MM/AA) _____

Réactiver l'assurance de l'employé Date du retour au travail (JJ/MM/AA) _____

Signature de l'employeur _____ Date _____



À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

Veillez cocher le(s) changement(s) à effectuer et fournir TOUS les renseignements requis pour CHAQUE endroit coché.

Ajouter Assurance maladie Assurance dentaire (Inscrire la liste de toutes vos personnes à charge si vous ajoutez une protection familiale)
Protection antérieure en vertu du régime du conjoint? Non Oui, jusqu'à (JJ/MM/AA) : _____

Annuler Assurance maladie Assurance dentaire Nom de l'autre assureur _____
Date d'entrée en vigueur du régime du conjoint (JJ/MM/AA) _____

Nouvel état civil Célibataire Marié(e) Veuf (veuve) Séparé(e) Divorcé(e) Date (JJ/MM/AA) _____
 Union de fait (Veillez donner la date du début de la cohabitation) _____

Changer le nom de l'employé Nom de l'employé avant le changement _____ Date du changement (JJ/MM/AA) _____
Raison du changement _____

Personnes à charge

<input type="checkbox"/> Ajouter les personnes à charge ci-dessous :	_____	Raison	_____	Date du changement (JJ/MM/AA)	_____
<input type="checkbox"/> Annuler les personnes à charge ci-dessous :	_____	Raison	_____	Date du changement (JJ/MM/AA)	_____
<input type="checkbox"/> Changer la protection de familiale à célibataire	_____	Raison	_____	Date du changement (JJ/MM/AA)	_____
<input type="checkbox"/> Changer la protection de célibataire à familiale	_____	Raison	_____	Date du changement (JJ/MM/AA)	_____

Inscrire la liste de toutes vos personnes à charge incluant votre conjoint

Lien de Parenté	Prénom	Nom (si différent)	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Sexe (M/F)	Étudiant à temps plein (21 à 25 ans)	Personne à charge invalide (plus de 21 ans)
Conjoint	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nouveau bénéficiaire Je désigne, par la présente, la personne ci-dessous mentionnée, comme bénéficiaire à titre révocable de tout montant d'assurance-vie payable en vertu de ma participation à ce régime. Si le bénéficiaire est un mineur, je désigne, par la présente, le fiduciaire ci-dessous mentionné. Cette personne recevra toute somme d'argent payable au bénéficiaire d'âge mineur en vertu de ce régime et je déclare que, sur réception de ladite somme d'argent, le fiduciaire acquittera pour solde de tout compte la compagnie d'assurance pour le montant déboursé. Par la présente, j'autorise le fiduciaire à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet du bénéficiaire _____ Lien de parenté avec vous _____

Nom complet du fiduciaire (si applicable) _____ Date _____

VEUILLEZ SIGNER ICI

Signature de l'employé _____ Date _____