

Avis de changement relatif à l'employé.e

Nom de l'employé.e :	
Titulaire de la police (nom de l'employeur) :	
Numéro de police :	Numéro de certificat :

Changements relatifs à l'employé.e :	
Date d'entrée en vigueur (mm/jj/aaaa) :	
Nouvelle adresse :	
Changement de nom : Nouveau prénom :	Nouveau nom de famille :

Changements à apporter à la protection :	
Date d'entrée en vigueur (mm/jj/aaaa) :	
Modification de l'assurance-santé à :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Annulation
Modification de l'assurance-dentaire à :	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Annulation

Ajout/suppression de personnes à charge :							
Ajouter	Supprimer	Nom (prénom, nom de famille)	Sexe (H/F)	Lien avec l'assuré.e	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	É = Études TP H = Handicapé	Date d'entrée en vigueur (mm/jj/aaaa)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Raison du changement*:
 *Veuillez indiquer la raison pour laquelle vous ajoutez ou supprimez la protection, c.-à-d. mariage, perte ou ajout de la couverture de conjoint, naissance ou adoption d'un enfant, séparation, conjoint de fait (doit cohabiter pendant un an complet avant que le conjoint ne soit admissible), etc. **Inscrire la date actuelle du mariage, de la naissance, la date légale de conjoint de fait, etc. ainsi que la date d'entrée en vigueur.**

Renseignements sur la couverture de conjoint :	
Votre conjoint dispose-t-il/elle d'une autre assurance-santé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, veuillez préciser les suivantes : <input type="checkbox"/> Santé, dentaire <input type="checkbox"/> les deux <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> familial	
Nom de l'employeur du conjoint	Numéro de police
Nom de la société d'assurance	

Changement de bénéficiaire :		
Sauf indication contraire, la nomination de bénéficiaire est « révocable ». Si aucun bénéficiaire n'est désigné, le bénéficiaire sera la succession du défunt. Résidents de la province du Québec, veuillez noter que la nomination d'un conjoint comme bénéficiaire au formulaire d'adhésion est irrévocable à moins que la mention « révocable » ne soit écrite sur le formulaire après le nom du conjoint		
Nom (prénom, nom de famille)	Lien avec l'assuré.e	Pourcentage %

Bénéficiaire subsidiaire (nom, lien, %) :
Fiduciaire de bénéficiaires mineurs*:
*Veuillez noter qu'il faut nommer un fiduciaire pour tout bénéficiaire âgé de moins de 18 ans, sinon toute prestation qui lui a été désigné sera retenu jusqu'à son 18 ^e anniversaire de naissance.

 Signature de l'employé.e

 Date de signature (mm/jj/aaaa)