

Avis de changement relatif à l'employeur

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

Transfert :	
Date d'entrée en vigueur du transfert (mm/jj/aaaa) :	
De :	À :
Numéro de division :	Numéro de division :
Numéro de catégorie/classe :	Numéro de catégorie/classe :
Numéro de département :	Numéro de département :

* Veuillez noter que si l'employé.e passe d'une catégorie bénéficiant de l'assurance-vie seulement vers une catégorie avec les prestations d'assurance-santé et d'assurance-dentaire, il faut remplir un nouveau formulaire d'adhésion.

Changements relatifs à l'emploi :	
Date d'entrée en vigueur du changement (mm/jj/aaaa) :	
Base salariale (à l'heure ou annuelle) :	
Salaire :	\$
Heures par semaine :	
Profession/Titre :	

Fin des prestations :	
Date d'entrée en vigueur de l'arrêt (mm/jj/aaaa) :	
Raison :	<input type="checkbox"/> N'est plus à l'emploi de l'entreprise
	<input type="checkbox"/> N'est plus admissible en raison du nombre d'heures de travail
	<input type="checkbox"/> Transféré vers des installations différentes
	<input type="checkbox"/> Autre :

S'il faut apporter des changements aux prestations de l'employée., par exemple y ajouter une personne à charge, modifier le bénéficiaire, changer l'adresse, etc., veuillez demander à l'employé.e de remplir l'Avis de changement relatif à l'employé.e, et le faire parvenir à l'adresse indiquée sur le formulaire.

Signature de l'administration ou de la direction générale

Date de signature (mm/jj/aaaa)