

DEMANDE DE CHANGEMENT – EMPLOYÉ

ASSURANCE COLLECTIVE RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT NOM DE L'EMPLOYEUR GROUPE NO. DIVISION NO. CLASSE NO. D'EMPLOYÉ NOM DE L'EMPLOYÉ PRÉNOM CERTIFICAT UV MUTUELLE CHANGEMENT DE COUVERTURE FOURNIR LES DÉTAILS DES DÉPENDANTS DANS LA SECTION « PERSONNES À CHARGE » ☐ INDIVIDUELLE AVEC ASSURANCE ☐ INDIVIDUELLE ☐ FAMILIALE □ EXEMPTÉE COUVERTURE DÉSIRÉE: VIE DES PERSONNES À CHARGE ☐ COUPLE ☐ MONOPARENTALE ☐ AUTRE DÉBUT DE LA COHABITATION DATE D'EFFET DU CHANGEMENT ☐ CONJOINT DE FAIT □ DIVORCE ☐ PERTE D'EMPLOI □ NAISSANCE RAISON: □ ADOPTION □ SÉPARATION □ MARIAGE DU CONJOINT □ Personnes à Charges CHANGEMENT NOM **PRÉNOM** SEXE **DATE DE NAISSANCE** PREUVE D'ÉTUDE TEMPS PLEIN REQUISE PREUVE REQUISE ☐ AJOUTER CONJOINT ПН ☐ RETIRER CONJOINT ÉTUDIANT TEMPS ■ MODIFIER HANDICAPÉ ** PLEIN (*21 ANS ET +) ☐ AJOUTER ENFANT ПН П OUI П OUI □ RETIRER ENFANT NON NON \square MODIFIER ☐ AJOUTER ENFANT ПН OUI OUI П ☐ RETIRER ENFANT NON NON ☐ MODIFIER □ AJOUTER ENFANT \Box H ☐ RETIRER ENFANT □ F NON ☐ MODIFIER □ DEMANDE D'EXEMPTION EXEMPTION - ADHÉRENT ET SES PERS. À CHARGE : ☐ GARANTIE SOINS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS ☐ GARANTIE SOINS DENTAIRES EXEMPTION DES PERS. À CHARGE SEULEMENT : ☐ GARANTIE SOINS MÉDICAUX ET MÉDICAMENTS ☐ GARANTIE SOINS DENTAIRES NOM NO. DE GROUPE NO. DE CERTIFICAT DU CONJOINT : DU CONJOINT: DU CONJOINT COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CONJOINT: DATE D'EFFET DE L'EXEMPTION : ☐ FIN DE L'EXEMPTION DATE À COMPTER DE LAQUELLE IL M'EST DEVENU IMPOSSIBLE DE CONTINUER À ÊTRE ASSURÉ PAR UN RÉGIME COMPARABLE : Α M RAISON DE LA TERMINAISON DE L'ASSURANCE EN QUESTION : SIGNATURES OBLIGATOIRES DATE SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ DATE SIGNATURE DU RESPONSABLE DU RÉGIME IMPORTANT: AU QUÉBEC, À MOINS DE STIPULATION CONTRAIRE, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST ☐ CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE PRÉNOM: LIEN DE PARENTÉ : **BÉNÉFICIAIRE** ☐ RÉVOCABLE ACTUEL ☐ IRRÉVOCABLE NOM: PRÉNOM: LIEN DE PARENTÉ : NOUVEAU □ RÉVOCABLE **BÉNÉFICIAIRE** □ IRRÉVOCABLE SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL SEULEMENT SI LA DÉSIGNATION ACTUELLE EST IRRÉVOCABLE PAR LA PRÉSENTE, JE CONSENS À ÊTRE RÉVOQUÉ COMME BÉNÉFICIAIRE DU CERTIFICAT CI-HAUT MENTIONNÉ ET JE RENONCE À TOUS MES DROITS ET PRIVILÈGES, EN VERTU DE CE CERTIFICAT: DATE SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL SIGNATURE D'UN TÉMOIN SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ PAR LA PRÉSENTE, JE RÉVOQUE LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL ET JE LUI SUBSTITUE CELLE DU NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE TEL QUE DÉCRIT CI-DESSUS : DATE SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ SIGNATURE D'UN TÉMOIN ☐ CHANGEMENT D'ADRESSE (NOUVELLE ADRESSE) No. RUE No. App. VILLE **PROVINCE CODE POSTAL**

DEMANDE DE CHANGEMENT – EMPLOYEUR





RENSEIGNEMENTS SUR L'ADI	HÉRENT									
NOM DE L'EMPLOYEUR		GROUPE NO.		DIVISION NO.	CLASSE		NO. D'EMPLOYÉ			
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM		1		CERTIFICAT U.V. MU		/. MUTUELLE 		l
AVIS DE CHANGEMENT DE SA	LAIRE									
NOUVEAU SALAIRE :	\$				DATE	E DU (CHANGEMEN	IT A	r Í	M J
□ ANNUEL □ HEBDOMADAIRE	≡ □т	AUX HORAI	RE	NOMBI	RE D'HEU	JRES	PAR SEMAIN	IE:		
CHANGEMENT DE CLASSE OU	DE DIVISION									
☐ CHANGEMENT DE CLASSE	NOUVELLE CLA	SSE			DAT	F DU	CHANGEME	NT A		M J
☐ CHANGEMENT DE DIVISION	SION									
AVIS D'ABSENCE AU TRAVAIL										
☐ MISE À PIED TEMPORAIRE	É DE MATERNITÉ		É DATE DU DÉ			TE DU DÉPA	RT A	. 1	M J	
☐ CONGÉ SANS SOLDE	SÉ PARENTA	AL								
□ AUTRE					DATE P	PRÉVI	JE DE RETO	JR LLL	Ш	M J
AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL										
NOUVEAU SALAIRE :	\$			DA	TE DU RE	ETOU	R AU TRAVA	IL A	гΙ	M J
□ ANNUEL □ HEBDOMADAIRE	. □т	AUX HORAI	RE	NOMBI	RE D'HEU	JRES	PAR SEMAIN	IE:		
L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS SON OCCUPAT	ΓΙΟΝ RÉGULIÈRE :									
☐ OUI À TEMPS PLEIN				OUI À TEMPS PARTIEL / NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE						
☐ NON, PRÉCISEZ L'OCCUPATION REP	RISE:			PRÉCISEZ:						
										
TERMINAISON D'UN EMPLOYÉ										
TERMINAIOON D ON EMIT EOTE								А		M J
☐ CESSATION D'EMPLOI ☐ DÉCÈS				DATE DE LA TERMINAISON						
DECES	Ш									
COMMENTAIRES										
SIGNATURE										
DATE				SIGNATURI	E DE L'A	DMI	NISTRATE	UR DU RÉGIMI	E	