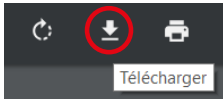


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM DE L'EMPLOYEUR	GROUPE NO.	DIVISION NO.	CLASSE	NO. D'EMPLOYÉ
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM		CERTIFICAT UV ASSURANCE

 CHANGEMENT DE COUVERTURE FOURNIR LES DÉTAILS DES DÉPENDANTS DANS LA SECTION « PERSONNES À CHARGE »

COUVERTURE DÉSIRÉE :

<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE AVEC ASSURANCE VIE DES PERSONNES À CHARGE	<input type="checkbox"/> INDIVIDUELLE COUPLE	<input type="checkbox"/> FAMILIALE MONOPARENTALE	<input type="checkbox"/> EXEMPTÉE AUTRE _____
--	---	---	--

RAISON :

<input type="checkbox"/> NAISSANCE	<input type="checkbox"/> CONJOINT DE FAIT	DÉBUT DE LA COHABITATION A M J	<input type="checkbox"/> DIVORCE	<input type="checkbox"/> PERTE D'EMPLOI DU CONJOINT	DATE D'EFFET DU CHANGEMENT A M J
<input type="checkbox"/> ADOPTION	<input type="checkbox"/> MARIAGE		<input type="checkbox"/> SÉPARATION		

 PERSONNES À CHARGES

CHANGEMENT	NOM	PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE	* PREUVE D'ÉTUDE TEMPS PLEIN REQUISE ** PREUVE REQUISE			
<input type="checkbox"/> AJOUTER CONJOINT <input type="checkbox"/> RETIRER CONJOINT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J	ÉTUDIANT TEMPS PLEIN (*21 ANS ET +) HANDICAPÉ **			
<input type="checkbox"/> AJOUTER ENFANT <input type="checkbox"/> RETIRER ENFANT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AJOUTER ENFANT <input type="checkbox"/> RETIRER ENFANT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> AJOUTER ENFANT <input type="checkbox"/> RETIRER ENFANT <input type="checkbox"/> MODIFIER			<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	A M J	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	OUI NON	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

 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 _____ DATE D'EFFET DE L'EXEMPTION : _____
DU CONJOINT : _____ A M J

 FIN DE L'EXEMPTION

DATE À COMPTER DE LAQUELLE IL M'EST DEVENU IMPOSSIBLE DE CONTINUER À ÊTRE ASSURÉ PAR UN RÉGIME COMPARABLE : _____ A M J

RAISON DE LA TERMINAISON DE L'ASSURANCE EN QUESTION : _____

SIGNATURES OBLIGATOIRES

DATE _____ SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____

DATE _____ SIGNATURE DU RESPONSABLE DU RÉGIME _____

 CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE
IMPORTANT : AU QUÉBEC, À MOINS DE STIPULATION CONTRAIRE, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE.

BÉNÉFICIAIRE ACTUEL	NOM :	PRÉNOM :	LIEN DE PARENTÉ :	<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE
NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE	NOM :	PRÉNOM :	LIEN DE PARENTÉ :	<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> 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

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT

NOM DE L'EMPLOYEUR	GRUPE NO.	DIVISION NO.	CLASSE	NO. D'EMPLOYÉ
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM	CERTIFICAT UV ASSURANCE	

AVIS DE CHANGEMENT DE SALAIRE

NOUVEAU SALAIRE : _____ \$

DATE DU CHANGEMENT

A	M	J

ANNUEL HEBDOMADAIRE TAUX HORAIRE NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : _____

CHANGEMENT DE CLASSE OU DE DIVISION

CHANGEMENT DE CLASSE NOUVELLE CLASSE _____

DATE DU CHANGEMENT

A	M	J

CHANGEMENT DE DIVISION NOUVELLE DIVISION _____

AVIS D'ABSENCE AU TRAVAIL

MISE À PIED TEMPORAIRE CONGÉ DE MATERNITÉ

DATE DU DÉPART

A	M	J

CONGÉ SANS SOLDE CONGÉ PARENTAL

AUTRE _____

DATE PRÉVUE DE RETOUR

A	M	J

AVIS DE RETOUR AU TRAVAIL

NOUVEAU SALAIRE : _____ \$

DATE DU RETOUR AU TRAVAIL

A	M	J

ANNUEL HEBDOMADAIRE TAUX HORAIRE NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE : _____

L'EMPLOYÉ A-T-IL REPRIS SON OCCUPATION RÉGULIÈRE :

OUI À TEMPS PLEIN OUI À TEMPS PARTIEL / NOMBRE D'HEURES PAR SEMAINE _____

NON, PRÉCISEZ L'OCCUPATION REPRISE : _____

PRÉCISEZ : _____

TERMINAISON D'UN EMPLOYÉ

CESSATION D'EMPLOI RETRAITE

DATE DE LA TERMINAISON

A	M	J

DÉCÈS _____

COMMENTAIRES

SIGNATURE

DATE

SIGNATURE DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME